

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) de 2022

Condados: Los Ángeles y San Diego

Este formulario fue actualizado el **11/22/2022**. Si desea información más reciente o tiene otras preguntas, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, la llamada es gratuita, o visite: www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Identificación del formulario: 22440, Versión: **23**



Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) de 2022

Introducción

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como Lista de medicamentos). Indica cuáles medicamentos recetados y medicamentos y artículos de venta sin receta están cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. La Lista de medicamentos también indica si hay normas o restricciones especiales con respecto a algún medicamento cubierto por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Guía para los miembros*. Si desea solicitar una copia, puede llamar al Servicio al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, la llamada es gratuita.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	iv
B. Preguntas frecuentes	vii
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviar, llamamos “Lista de medicamentos” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>).....	vii
B2. ¿La Lista de medicamentos puede cambiar?.....	viii
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos?.....	ix
B4. ¿Hay alguna restricción o límite para la cobertura de un medicamento o se requiere alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	x
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay acciones requeridas para obtener el medicamento?	xi
B6. ¿Qué sucede si Blue Shield Promise Health Plan cambia sus normas acerca de algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa [aprobación], límites a la cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado)?	xi
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	xi

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?	xii
B9. ¿Qué sucede si soy miembro nuevo en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo un problema para obtener mi medicamento?	xii
B10. ¿Puedo pedir una excepción para que mi medicamento tenga cobertura?	xiv
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	xiv
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	xiv
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xv
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta (OTC)?	xv
B15. ¿Cubre Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan productos de venta sin receta que no sean medicamentos?	xv
B16. ¿Cuál es mi copago?	xv
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	xvi
C. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	xvii
C1. Medicamentos agrupados por condición médica	xix
D. Índice de medicamentos cubiertos	155

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los miembros pueden obtener en Blue Shield Promise Cal MediConnect.

- ❖ Blue Shield Promise Cal MediConnect es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal, para que las personas inscritas puedan recibir beneficios de ambos programas.
- ❖ La Lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de realizar un cambio que le afecte a usted.
- ❖ Es posible que los beneficios y/o los copagos cambien el 1 de enero de cada año.
- ❖ Siempre puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de Blue Shield Promise Cal MediConnect en Internet en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o puede llamar al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Es posible que se apliquen límites, copagos y restricciones. Para más información, llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect o consulte la Guía para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect.
- ❖ Los copagos de los medicamentos recetados pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Para conocer más detalles, comuníquese con el plan.
- ❖ **English:**
ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 pm., seven days a week. The call is free.
- ❖ **中文 (Chinese):**
请留意：如果您说中文，可以免费获得语言协助服务。请拨打 1-855-905-3825（听障和语障专线：711），每周七天办公，早上 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。
- ❖ **한국어(Korean):**
주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



❖ **Русский (Russian):**

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.

❖ **فارسی (Farsi):**

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

❖ **भाषा (Hindi):**

ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। फ़ोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फ़ोन करना फ़्री है।

❖ **Lus Hmoob (Hmong):**

LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

❖ **Español (Spanish):**

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

❖ **Tiếng Việt (Vietnamese):**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

❖ **Tagalog (Tagalog):**

PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

❖ **العربية (Arabic):**

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

❖ **ພາສາລາວ (Laotian):**

ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



❖ **日本語 (Japanese):**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-905-3825 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前 8 時から午後 8 時まで受け付けています。通話は無料です。

❖ **ภาษาไทย (Thai):**

เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย

เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

❖ **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):**

ਸਵਾਗਤ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ

1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ | 711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ੍ਰੀ ਹੈ |

❖ **ខ្មែរ (Khmer):**

ចាប់អារម្មណ៍៖ បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក

ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

❖ **Հայերեն (Armenian):**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվելի են անվճար լեզվական օգնություն ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

❖ **Українська (Ukrainian):**

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.

❖ **Mienh (Mien):**

TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lungnh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungnh muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- ❖ Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, Braille o audio. Llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY 711). De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Blue Shield of California Promise Health Plan es un licenciatario independiente de Blue Shield Association.
- ❖ Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un resumen, no una descripción completa de los beneficios. Para más información, llame al plan o lea la Guía para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- ❖ Puede hacer una solicitud permanente para recibir materiales en otro idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, ahora y en el futuro. Para hacer una solicitud, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

B. Preguntas frecuentes

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga acerca de esta *Lista de medicamentos cubiertos*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para saber más o buscar una pregunta y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, llamamos “Lista de medicamentos” a la *Lista de medicamentos cubiertos*).

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son los medicamentos cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Los medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia está dentro de nuestra red si tenemos un contrato con ella para que trabaje con nosotros y le brinde servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como las “farmacias de la red”.

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre todos los medicamentos de la Lista de medicamentos necesarios desde el punto de vista médico si:
 - o su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos dice que usted los necesita para mejorar o mantenerse saludable **y**

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- o usted surte la receta en una farmacia de la red de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- En algunos casos, usted tiene que hacer algo antes de obtener un medicamento (vea la pregunta B4 a continuación).

Usted también puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o puede llamar a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

B2. ¿La Lista de medicamentos puede cambiar?

Sí, y Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan debe seguir las normas de Medicare y Medicaid cuando realiza cambios. Durante el año, podemos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.

También es posible que cambiemos las normas con respecto a los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir solicitar o no solicitar una aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es el permiso de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan antes de que usted pueda recibir un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted pueda obtener (se llama límites a la cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones para el tratamiento escalonado con un medicamento. (Tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para más información acerca de las normas para estos medicamentos, vea la pregunta B4.

Si usted está tomando un medicamento que tenía cobertura **al principio** del año, en general, no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo y más barato en el mercado que tenga el mismo efecto que un medicamento de la Lista de medicamentos existente o
- si descubrimos que un medicamento no es seguro o
- si se lo quita del mercado.

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Las preguntas B3 y B6 a continuación tienen más información acerca de lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos.

- Usted podrá verificar siempre la Lista de medicamentos actualizada de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan en Internet en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.
- También puede llamar a Atención al Cliente para verificar la Lista de medicamentos actual al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos?

Algunos de los cambios de la Lista de medicamentos ocurren **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Hay un medicamento genérico nuevo disponible.** A veces ingresa al mercado un medicamento genérico nuevo que tiene el mismo efecto que un medicamento de marca de la Lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, es posible que quitemos el medicamento de marca y agreguemos el medicamento genérico nuevo, pero su costo para el medicamento nuevo será igual o inferior. Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista, pero que cambiemos sus normas de cobertura o sus límites.
 - o Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos la información acerca del cambio específico que hicimos una vez que haya sucedido.
 - o Usted o su proveedor pueden pedir una excepción para estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos a seguir para pedir una excepción. Vea la pregunta B10 para más información acerca de las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) establece que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, le informaremos que dicho medicamento se ha quitado de la Lista de medicamentos y le indicaremos qué debe hacer después.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Le informaremos por adelantado acerca de estos otros

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

- La FDA proporciona pautas nuevas o si hay pautas clínicas nuevas acerca de un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, **y**
 - o Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos, **o**
 - o Cambiamos las normas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios, nosotros:

- Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio en la Lista de medicamentos **o**
- Le informaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le permitirá tener tiempo de hablar con su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos, quien podrá ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar **o**
- Si puede pedir una excepción para estos cambios. Para saber más acerca de las excepciones, vea la pregunta B10.

B4. ¿Hay alguna restricción o límite para la cobertura de un medicamento o se requiere alguna medida para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o límites a la cantidad que usted puede recibir. En algunos casos, usted, su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos debe hacer algo antes de que usted obtenga el medicamento. Por ejemplo:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos debe obtener una aprobación de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan antes de que usted surta su receta. Es posible que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no cubra el medicamento si usted no recibe la aprobación.
- **Límites a la cantidad:** A veces, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



pone límites a la cantidad que usted puede obtener de un medicamento.

- **Tratamiento escalonado:** A veces, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan requiere que usted haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted tendrá que probar los medicamentos en cierto orden para su condición médica. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico considera que el primer medicamento no le hace efecto, entonces cubriremos el segundo.

Puede encontrar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional en las tablas de las páginas **20-154**. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras autorizaciones previas y restricciones del tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia.

Puede pedir una excepción para estos límites. Esto le permitirá tener tiempo de hablar con su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos, quien puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si puede pedir una excepción. Vea las preguntas B10-B12 para más información acerca de las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay acciones requeridas para obtener el medicamento?

La tabla de medicamentos de la página **20-154** tiene una columna llamada “Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso”.

B6. ¿Qué sucede si Blue Shield Promise Health Plan cambia sus normas acerca de algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa [aprobación], límites a la cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o cambiamos una aprobación previa, los límites a la cantidad y/o las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para más información acerca de este aviso anticipado y las situaciones en las que es posible que no podamos informarle con anticipación cuándo cambian nuestras normas acerca de los medicamentos de la Lista de medicamentos.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- Puede buscar por orden alfabético (por medicamento), el nombre del medicamento, **O**
- Puede buscar por condición médica.

Para buscar por **orden alfabético**, consulte la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarla en el índice que comienza en la página **155** . El índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar **según la condición médica**, consulte la sección llamada “Medicamentos agrupados por condición médica” en la página xix. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías según el tipo de condiciones médicas para las cuales se usan como tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una condición del corazón, debería buscar en la categoría Fármacos cardiovasculares. Allí encontrará los medicamentos para tratar las condiciones del corazón.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, y pregunte por su medicamento, la llamada es gratuita. Si ve que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no cubre el medicamento, puede hacer alguna de estas cosas:

- Pida a Atención al Cliente una lista de medicamentos similares al que usted desea tomar. Muéstrole la lista a su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos, quien puede recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que es similar al que usted desea tomar. **O**
- Puede pedir que el plan de salud haga una excepción para cubrir su medicamento. Vea las preguntas B10-B12 para más información acerca de las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy miembro nuevo en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo un problema para obtener mi

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



medicamento?

Podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Esto le permitirá tener tiempo de hablar con su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos, quien puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si puede pedir una excepción.

Si su receta indica una cantidad de días menor, le permitiremos resurtidos múltiples para proporcionarle un máximo de 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- usted está tomando un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos ●
- la normas del plan de salud no le permiten recibir la cantidad ordenada por el profesional autorizado para recetar medicamentos ●
- el medicamento requiere una autorización previa de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ●
- usted está tomando un medicamento que es parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si usted está en un asilo de ancianos o en otra institución de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos o si usted no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si usted ha estado en el plan por más de 90 días, vive en una institución de cuidados a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que usted tenga una receta para menos días), sin que importe si usted es un miembro nuevo o no de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- Esto se agrega al suministro temporal durante los primeros 90 días de su membresía en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Política de transición En los casos en los que un beneficiario cambia de un ámbito de tratamiento a otro, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan garantizará un proceso rápido para la aprobación de los medicamentos de la Parte D no pertenecientes al formulario. Este proceso también se aplicará a los medicamentos de la Parte D del formulario que requieran una autorización previa o tratamiento escalonado. Los ejemplos de los cambios en el nivel de

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



atención pueden ser los beneficiarios que reciben el alta de un hospital para ir a su casa, los beneficiarios que finalizan una estadía en una institución de enfermería especializada de la Parte A de Medicare y necesitan regresar a su formulario de la Parte D, los beneficiarios que finalizan una estadía en una institución de cuidados a largo plazo y regresan a la comunidad y los beneficiarios que reciben el alta de hospitales psiquiátricos con regímenes de medicamentos altamente individualizados.

B10. ¿Puedo pedir una excepción para que mi medicamento tenga cobertura?

Sí. Usted puede pedirle a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

También puede pedirnos que cambiemos las normas con respecto a su medicamento.

- Por ejemplo, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan puede poner límites a la cantidad que cubre de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos una cantidad mayor.
- Otros ejemplos: Puede pedirnos que no tengamos en cuenta las restricciones del tratamiento escalonado o los requisitos de aprobación previa.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para pedir una excepción, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Atención al Cliente trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a pedir una excepción. También puede leer el Capítulo 9 de la *Guía para los miembros* para conocer más acerca de las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de que recibamos una declaración del profesional autorizado para recetar medicamentos que respalde su solicitud de una excepción, le comunicaremos una decisión dentro de las 72 horas. Dicho profesional puede enviar esta declaración por vía electrónica (por Internet o fax) o por correo. También puede llamar al Departamento de Farmacia de Blue Shield Promise y hacer la declaración verbalmente y luego enviarnos una declaración por escrito si fuera necesario.

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Si usted o el profesional autorizado para recetar medicamentos considera que su salud podría dañarse si usted tuviera que esperar 72 horas para una decisión, usted puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si el profesional autorizado para recetar medicamentos respalda su solicitud, le comunicaremos una decisión dentro de las 24 horas de haber recibido la declaración de respaldo de dicho profesional.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. En general, tienen un costo menor que los medicamentos de marca y sus nombres son menos conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta (OTC)?

OTC es la sigla en inglés para “venta sin receta”. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre algunos medicamentos de venta sin receta si su proveedor los escribe como una receta.

Usted puede leer la Lista de medicamentos de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para saber qué medicamentos de venta sin receta están cubiertos.

B15. ¿Cubre Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan productos de venta sin receta que no sean medicamentos?

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre algunos productos de venta sin receta que no son medicamentos si su proveedor los escribe como una receta.

Algunos ejemplos de los productos de venta sin receta que no son medicamentos son la mascarilla para adultos Vortex o la microcámara.

Usted puede leer la Lista de medicamentos de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para saber qué productos de venta sin receta que no son medicamentos están cubiertos.

B16. ¿Cuál es mi copago?

Usted puede consultar la Lista de medicamentos de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para saber qué copago tiene cada medicamento. Los

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan que viven en un asilo de ancianos o en otra institución de cuidados a largo plazo no tendrán copagos. Algunos miembros que reciben cuidados a largo plazo en la comunidad tampoco tendrán copagos.

Los copagos están clasificados por niveles. Los niveles son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. La cantidad del copago variará según su nivel de elegibilidad para Medi-Cal.

Nivel	Descripción	Copago		
		Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 100 días
Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2	Medicamentos genéricos	Copago de \$0 a \$3.95	Copago de \$0 a \$3.95	No disponible
Nivel 3	Medicamentos de marca	Copago de \$0 a \$9.85	Copago de \$0 a \$9.85	No disponible
Nivel 4	Medicamentos recetados no pertenecientes a Medicare/Medicamentos de venta sin receta (OTC)	Copago de \$0	Copago de \$0	No disponible

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del nivel 1 son los medicamentos genéricos preferidos (copago más bajo).
- Los medicamentos del nivel 2 son los medicamentos genéricos (copago mediano).
- Los medicamentos del nivel 3 son los medicamentos de marca (copago más alto).
- Los medicamentos del nivel 4 son los medicamentos recetados no pertenecientes a Medicare y los medicamentos de venta sin receta (OTC), (sin copagos).

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del nivel 1 son los medicamentos genéricos preferidos.
- Los medicamentos del nivel 2 son los medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del nivel 3 son los medicamentos de marca.
- Los medicamentos de nivel 4 son los medicamentos recetados no pertenecientes a Medicare y los medicamentos de venta sin receta (OTC).

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



C. Descripción general de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente lista de medicamentos cubiertos le proporciona información acerca de los medicamentos cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página **155**. El Índice contiene todos los medicamentos cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ordenados alfabéticamente.

La primera columna del cuadro indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en mayúsculas (p. ej., ELIQUIS) y los medicamentos genéricos figuran en bastardilla minúscula (p. ej. *simvastatina*).

La información en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso” le indica si Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan tiene alguna norma para cubrir su medicamento.

LEYENDA

NIVEL	NOMBRE	
1	Medicamentos genéricos preferidos	
2	Medicamentos genéricos	
3	Medicamentos de marca	
4	Medicamentos recetados no pertenecientes a Medicare/Medicamentos de venta sin receta (OTC)	
SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
AL	Acceso limitado	Es posible que esta receta esté disponible solamente en ciertas farmacias. Para más información, llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
AP	Autorización previa	Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa de parte de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan antes de surtir su receta para este medicamento. Es posible que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no cubra este medicamento sin una autorización previa.
LC	Límite a la cantidad	Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan limita la cantidad que tendrá cobertura dentro de un plazo específico para este medicamento.

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



TE	Tratamiento escalonado	Antes de que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan proporcione cobertura para este medicamento, usted debe probar primero otro(s) medicamento(s) del formulario para tratar su condición médica. Este medicamento puede tener cobertura solamente si los otros medicamentos no le hacen efecto.
SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
BvD	Parte B versus Parte D	Este medicamento puede cumplir con los requisitos para el pago por medio de la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para determinar que este medicamento tiene cobertura por medio de la Parte D de Medicare antes de que usted surta su receta para este medicamento. Sin una autorización previa, es posible que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no cubra este medicamento.
MNPD	Medicamento no perteneciente a la parte D	Este medicamento está cubierto por Medi-Cal y no es un “medicamento de la Parte D”. Si tiene preguntas, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
SDNE	Suministro diario no extendido	El medicamento NO está disponible para un suministro de largo plazo.

Nota: La sigla MNPD que se encuentra al lado de un medicamento significa que no es un “medicamento de la Parte D”. No se le pedirá que pague un copago para estos medicamentos. Estos medicamentos también tienen normas diferentes para las apelaciones.

- Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos la decisión que tomamos acerca de su cobertura y que la cambiemos si usted cree que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no tiene cobertura o que ya no tiene más cobertura de Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o su médico están en desacuerdo con nuestra decisión, usted puede presentar una apelación. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. También puede leer el Capítulo 9 de la *Guía para los miembros* para informarse

Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



acerca de cómo apelar una decisión.

C1. Medicamentos agrupados por condición médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías según el tipo de condiciones médicas para las cuales se usan como tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una condición del corazón, debería buscar en la categoría Fármacos cardiovasculares. Allí encontrará los medicamentos para tratar las condiciones del corazón.



Si tiene preguntas, comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen w/ codeine (tab 300-15 mg, tab 300-30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butalbital-acetaminophen-caff w/ cod cap 50-325-40-30 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate (30 mg tab, tab 30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate (60 mg tab, tab 60 mg)</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 2	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl citrate (100 mcg tab, 200 mcg tab, 400 mcg tab, 600 mcg tab, 800 mcg tab, lozenge on a handle 1200 mcg, lozenge on a handle 1600 mcg, lozenge on a handle 200 mcg, lozenge on a handle 400 mcg, lozenge on a handle 600 mcg, lozenge on a handle 800 mcg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (tab 10-325 mg, tab 7.5-325 mg)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	NIVEL 2	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl tab 4 mg</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl tab 8 mg</i>	NIVEL 2	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab, tab 15 mg, tab 30 mg)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (20 mg/5ml solution, oral soln 20 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate oral soln 10 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate oral soln 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	NIVEL 2	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (tab 15 mg, tab 30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl soln 5 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone w/ acetaminophen (tab 2.5-325 mg, tab 5-325 mg)</i>	NIVEL 2	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	NIVEL 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl tab 50 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	NIVEL 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

<i>fentanyl (patch 72hr 100 mcg/hr, patch 72hr 12 mcg/hr, patch 72hr 25 mcg/hr, patch 72hr 50 mcg/hr, patch 72hr 75 mcg/hr)</i>	NIVEL 2	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (10 mg/5ml solution, soln 10 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (10 mg/ml solution, inj 10 mg/ml)</i>	NIVEL 2	PA, NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methadone hcl (5 mg/5ml solution, soln 5 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl tab 10 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl tab 5 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (tab er 100 mg, tab er 200 mg, tab er 60 mg)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate tab er 15 mg</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate tab er 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
<i>celecoxib (cap 100 mg, cap 200 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib cap 400 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium tab 50 mg</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (tab delayed release 25 mg, tab delayed release 50 mg, tab delayed release 75 mg, tab er 24hr 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	NIVEL 2	
<i>diflunisal tab 500 mg</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac (tab 400 mg, tab 500 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 600 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>flurbiprofen tab 100 mg</i>	NIVEL 2	
<i>ibuprofen (tab 400 mg, tab 600 mg, tab 800 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>indomethacin (cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>meloxicam (tab 15 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nabumetone (tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen (tab 250 mg, tab 375 mg, tab 500 mg, tab ec 375 mg, tab ec 500 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>piroxicam (cap 10 mg, cap 20 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sulindac (tab 150 mg, tab 200 mg)</i>	NIVEL 2	

ANESTÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl (4 % solution, soln 4%)</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine hcl viscous soln 2%</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine oint 5%</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>lidocaine patch 5%</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (10 PER 30 OVER TIME)

ANSIOLÍTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
<i>buspirone hcl (tab 10 mg, tab 15 mg, tab 30 mg, tab 5 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>meprobamate (tab 200 mg, tab 400 mg)</i>	NIVEL 2	PA
BENZODIACEPINAS		
<i>alprazolam (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANSIOLÍTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlordiazepoxide hcl cap 10 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (30 PER 1 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl cap 25 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl cap 5 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (60 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (orally disintegrating tab 0.125 mg, orally disintegrating tab 0.25 mg, orally disintegrating tab 0.5 mg, tab 0.5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (orally disintegrating tab 1 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (orally disintegrating tab 2 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium tab 15 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium tab 3.75 mg</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium tab 7.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (conc 5 mg/ml, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam oral soln 1 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam (conc 2 mg/ml, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam tab 0.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam tab 1 mg</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)

ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTITABACO, MEDICAMENTOS		
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) tab er 12hr 150 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NICOTROL 10 MG INHALER	NIVEL 3	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
VARENICLINE TARTRATE (0.5 MG TAB, 1 MG TAB)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
VARENICLINE TARTRATE 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42 TAB THPK	NIVEL 2	QL (60 PER 30 OVER TIME)
DEPENDENCIA A OPIOIDES		
<i>buprenorphine hcl sl tab 2 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>buprenorphine hcl sl tab 8 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (21 PER 90 OVER TIME)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (-naloxone sl film 2-0.5 mg (base equiv), -naloxone sl film 4-1 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (-naloxone sl film 8-2 mg (base equiv), -naloxone sl tab 8-2 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (0.7-0.18 MG SL TAB, 1.4-0.36 MG SL TAB, 5.7-1.4 MG SL TAB)	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (11.4-2.9 MG SL TAB, 2.9-0.71 MG SL TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SL TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN		
<i>acamprosate calcium tab delayed release 333 mg</i>	NIVEL 2	
<i>disulfiram (tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REVERTIDORES OPIOIDEOS		
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, nasal spray 4 mg/0.1ml)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (inj 0.4 mg/ml, inj 4 mg/10ml, soln prefilled syringe 2 mg/2ml)</i>	NIVEL 2	
<i>naltrexone hcl tab 50 mg</i>	NIVEL 2	
NARCAN 4 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate inj 500 mg/2ml (250 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate (topical) (cream 0.1%, oint 0.1%)</i>	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate inj 40 mg/ml</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin sulfate tab 500 mg</i>	NIVEL 2	
<i>paromomycin sulfate cap 250 mg</i>	NIVEL 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
<i>tobramycin sulfate (10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, for inj 1.2 gm, inj 1.2 gm/30ml (40 mg/ml) (base equiv), inj 80 mg/2ml (40 mg/ml) (base equiv))</i>	NIVEL 2	
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
<i>acetic acid otic soln 2%</i>	NIVEL 2	
<i>aztreonam (inj 1 gm, inj 2 gm)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin hcl (cap 150 mg, cap 300 mg, cap 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin palmitate hcl for soln 75 mg/5ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (inj 300 mg/2ml, inj 600 mg/4ml, inj 9 gm/60ml, inj 900 mg/6ml, iv soln 300 mg/2ml, iv soln 600 mg/4ml, iv soln 900 mg/6ml)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (soln 300 mg/50ml, soln 600 mg/50ml, soln 900 mg/50ml)</i>	NIVEL 2	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2%</i>	NIVEL 2	
<i>colistimethate sod for inj 150 mg (colistin base activity)</i>	NIVEL 2	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, for iv soln 350 mg, for iv soln 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>fosfomycin tromethamine powd pack 3 gm (base equivalent)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>linezolid (for susp 100 mg/5ml, tab 600 mg)</i>	NIVEL 2	PA
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	NIVEL 2	
<i>linezolid iv soln 600 mg/300ml (2 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>methenamine hippurate tab 1 gm</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole (5 mg/ml solution, iv soln 500 mg/100ml, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metronidazole (topical) (cream 0.75%, gel 0.75%, gel 1%, lotion 0.75%)</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	NIVEL 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (line cap 100 mg, line cap 25 mg, line cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nitrofurantoin monohydrate macrocrystalline cap 100 mg</i>	NIVEL 2	
ORBACTIV 400 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
SYNERCID 150-350 MG RECON SOLN	NIVEL 3	
<i>tigecycline (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>trimethoprim (100 mg tab, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>vancomycin hcl (1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 100 gm recon soln, 250 mg recon soln, 750 mg recon soln, cap 125 mg (base equivalent), cap 250 mg (base equivalent), for iv soln 1 gm (base equivalent), for iv soln 10 gm (base equivalent), for iv soln 500 mg (base equivalent), for iv soln 750 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	NIVEL 3	
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 375 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, cap 250 mg, cap 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, cap 500 mg, for susp 250 mg/5ml, for susp 500 mg/5ml, tab 1 gm)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 20 gm recon soln, 300 gm recon soln, for inj 1 gm, for inj 10 gm, for inj 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>cefdinir (cap 300 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
<i>cefepime hcl (2 gm recon soln, for inj 1 gm, for inj 2 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefixime (cap 400 mg, for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
<i>cefotaxime sodium (1 gm recon soln, for inj 1 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, for inj 1 gm, for inj 2 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefoxitin sodium (soln 1 gm, soln 10 gm, soln 2 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefpodoxime proxetil (for susp 100 mg/5ml, for susp 50 mg/5ml, tab 100 mg, tab 200 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>cefprozil (for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>ceftazidime (inj 1 gm, inj 6 gm, iv soln 2 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>ceftriaxone sodium (inj 1 gm, inj 10 gm, inj 2 gm, inj 250 mg, inj 500 mg, iv soln 1 gm, iv soln 2 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefuroxime axetil (tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>cefuroxime sodium (inj 7.5 gm, inj 750 mg, iv soln 1.5 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cephalexin (cap 250 mg, cap 500 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	NIVEL 3	
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
<i>amoxicillin & pot clavulanate (k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml, k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml, k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml, k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml, k clavulanate tab 250-125 mg, k clavulanate tab 500-125 mg, k clavulanate tab 875-125 mg)</i>	NIVEL 2	
AMOXICILLIN ((TRIHYDRATE) CAP 250 MG, (TRIHYDRATE) CAP 500 MG, (TRIHYDRATE) FOR SUSP 125 MG/5ML, (TRIHYDRATE) FOR SUSP 200 MG/5ML, (TRIHYDRATE) FOR SUSP 250 MG/5ML, (TRIHYDRATE) FOR SUSP 400 MG/5ML, (TRIHYDRATE) TAB 500 MG, (TRIHYDRATE) TAB 875 MG, 125 MG CHEW TAB, 250 MG CHEW TAB)	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE (200-28.5 MG CHEW TAB, 400-57 MG CHEW TAB)	NIVEL 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium (for inj 1.5 (1-0.5) gm, for inj 3 (2-1) gm, for iv soln 15 (10-5) gm)</i>	NIVEL 2	
AMPICILLIN 500 MG CAP	NIVEL 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, for inj 1 gm, for inj 2 gm, for inj 250 mg, for inj 500 mg, for iv soln 10 gm, for iv soln 2 gm)</i>	NIVEL 2	
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM (1.5 (1-0.5) GM RECON SOLN, 3 (2-1) GM RECON SOLN)	NIVEL 2	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSPENSION, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dicloxacillin sodium (cap 250 mg, cap 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nafticillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, for inj 1 gm, for inj 2 gm, for iv soln 10 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>penicillin g potassium (for inj 20000000 unit, for inj 5000000 unit)</i>	NIVEL 2	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 2	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
PFIZERPEN (20000000 UNIT RECON SOLN, 5000000 UNIT RECON SOLN)	NIVEL 2	
<i>piperacillin sodium-tazobactam sodium (na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm), sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm), sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm), sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm), sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm))</i>	NIVEL 2	
CARBAPENÉMICOS		
<i>ertapenem sodium for inj 1 gm (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, intravenous for soln 250 mg, intravenous for soln 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>meropenem (soln 1 gm, soln 500 mg)</i>	NIVEL 2	
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin (1 gm packet, for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml, iv for soln 500 mg, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 600 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>clarithromycin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, tab 250 mg, tab 500 mg, tab er 24hr 500 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
E.E.S. 400 400 MG TAB	NIVEL 2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 500 MG RECON SOLN	NIVEL 3	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, tab 250 mg, tab 500 mg, w/ delayed release particles cap 250 mg)</i>	NIVEL 2	
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE 400 MG TAB	NIVEL 2	
<i>erythromycin lactobionate for inj 500 mg</i>	NIVEL 3	
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 3	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin for oral susp 500 mg/5ml (10%) (10 gm/100ml)</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin hcl (100 mg tab, tab 250 mg (base equiv), tab 500 mg (base equiv), tab 750 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophth soln 0.3% (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
<i>levofloxacin (iv soln 25 mg/ml, oral soln 25 mg/ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>levofloxacin in d5w (soln 500 mg/100ml, soln 750 mg/150ml)</i>	NIVEL 2	
<i>moxifloxacin hcl tab 400 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	
<i>ofloxacin (300 mg tab, tab 400 mg)</i>	NIVEL 2	
SULFONAMIDAS		
<i>sulfacetamide sodium lotion 10% (acne)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulfadiazine (500 mg tab, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (iv soln 400-80 mg/5ml, susp 200-40 mg/5ml, tab 400-80 mg, tab 800-160 mg)</i>	NIVEL 2	
TETRACICLINAS		
<i>doxycycline (monohydrate) (cap 100 mg, cap 50 mg, tab 100 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline hyclate (cap 100 mg, cap 50 mg, for inj 100 mg, tab 100 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>minocycline hcl (cap 100 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, tab 100 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>tetracycline hcl (cap 250 mg, cap 500 mg)</i>	NIVEL 2	

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	NIVEL 3	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>divalproex sodium (cap delayed release sprinkle 125 mg, tab delayed release 125 mg, tab delayed release 250 mg, tab delayed release 500 mg, tab er 24 hr 250 mg, tab er 24 hr 500 mg)</i>	NIVEL 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>felbamate (susp 600 mg/5ml, tab 400 mg, tab 600 mg)</i>	NIVEL 2	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (12 PER 1 DAYS)
FYCOMPA (10 MG TAB, 12 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg, tab 25 mg, tab chewable dispersible 25 mg, tab chewable dispersible 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam (oral soln 100 mg/ml, tab 1000 mg, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam tab er 24hr 500 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam tab er 24hr 750 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>topiramate (sprinkle cap 15 mg, sprinkle cap 25 mg, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>valproate sodium (inj 100 mg/ml, oral soln 250 mg/5ml (base equiv))</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>valproic acid cap 250 mg</i>	NIVEL 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
XCOPRI (14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK, 14 X 150 MG & 14 X 200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG TAB THPK)	NIVEL 3	PA, QL (28 PER 28 OVER TIME)
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) (100 & 150 MG TAB THPK, 50 & 200 MG TAB THPK)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA, LA, QL (36 PER 1 DAYS)
AUMENTANTES DEL ÁCIDO GAMMAAMINOBUTÍRICO (GABA)		
<i>clobazam suspension 2.5 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>clobazam tab 10 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>clobazam tab 20 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
DIAZEPAM 10 MG GEL	NIVEL 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	NIVEL 2	QL (5 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 20 MG GEL	NIVEL 2	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>gabapentin (tab 600 mg, tab 800 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin cap 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin cap 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin cap 400 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin oral soln 250 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>phenobarbital (elixir 20 mg/5ml, tab 100 mg, tab 15 mg, tab 16.2 mg, tab 30 mg, tab 32.4 mg, tab 60 mg, tab 64.8 mg, tab 97.2 mg)</i>	NIVEL 2	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>primidone (tab 250 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tiagabine hcl (tab 12 mg, tab 16 mg, tab 2 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 2	PA
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 3	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 3	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 3	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 3	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>vigabatrin (powd pack 500 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

APTOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
APTOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>carbamazepine (cap er 12hr 100 mg, cap er 12hr 200 mg, cap er 12hr 300 mg, chew tab 100 mg, susp 100 mg/5ml, tab 200 mg, tab er 12hr 100 mg, tab er 12hr 200 mg, tab er 12hr 400 mg)</i>	NIVEL 2	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 3	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW TAB	NIVEL 3	
<i>lacosamide (tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide iv inj 200 mg/20ml (10 mg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>oxcarbazepine (susp 300 mg/5ml (60 mg/ml), tab 150 mg, tab 300 mg, tab 600 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEGANONE 250 MG TAB	NIVEL 3	
PHENYTEK (200 MG CAP, 300 MG CAP)	NIVEL 3	
<i>phenytoin (chew tab 50 mg, susp 125 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin sodium extended (cap 100 mg, cap 200 mg, cap 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>rufinamide susp 40 mg/ml</i>	NIVEL 2	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide tab 200 mg</i>	NIVEL 2	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide tab 400 mg</i>	NIVEL 2	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>zonisamide (cap 100 mg, cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	
MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
CELONTIN 300 MG CAP	NIVEL 3	
<i>ethosuximide (cap 250 mg, soln 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	

ANTIDEMENCIALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
<i>memantine hcl (cap er 24hr 14 mg, cap er 24hr 21 mg, cap er 24hr 28 mg, cap er 24hr 7 mg, oral solution 2 mg/ml, tab 10 mg, tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
ANTIDEMENCIALES, OTROS		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	NIVEL 2	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEMENCIALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
<i>donepezil hydrochloride (orally disintegrating tab 10 mg, orally disintegrating tab 5 mg, tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>rivastigmine (patch 24hr 13.3 mg/24hr, patch 24hr 4.6 mg/24hr, patch 24hr 9.5 mg/24hr)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>rivastigmine tartrate (cap 1.5 mg (base equivalent), cap 3 mg (base equivalent), cap 4.5 mg (base equivalent), cap 6 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl (tab 100 mg, tab er 12hr 100 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl (tab er 12hr 150 mg, tab er 24hr 150 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl tab 75 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl tab er 12hr 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl tab er 24hr 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
MAPROTILINE HCL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>mirtazapine (orally disintegrating tab 15 mg, orally disintegrating tab 30 mg, orally disintegrating tab 45 mg, tab 15 mg, tab 30 mg, tab 45 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 3	PA
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 3	
<i>phenelzine sulfate (15 mg tab, tab 15 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>tranylcypromine sulfate tab 10 mg</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>citalopram hydrobromide (oral soln 10 mg/5ml, tab 10 mg (base equiv), tab 20 mg (base equiv), tab 40 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>desvenlafaxine succinate (tab er 24hr 25 mg (base equiv), tab er 24hr 50 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate tab er 24hr 100 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (soln 5 mg/5ml (base equiv), tab 10 mg (base equiv), tab 20 mg (base equiv), tab 5 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 3	PA, QL (28 PER 30 OVER TIME)
<i>fluoxetine hcl (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 40 mg, solution 20 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG CAP, 20 MG CAP)	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	NIVEL 2	QL (4 PER 28 OVER TIME)
<i>fluvoxamine maleate (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>paroxetine hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>paroxetine hcl oral susp 10 mg/5ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>sertraline hcl (oral concentrate for solution 20 mg/ml, tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>trazodone hcl (tab 100 mg, tab 150 mg, tab 300 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (cap er 24hr 150 mg (base equivalent), cap er 24hr 37.5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (tab 100 mg (base equivalent), tab 25 mg (base equivalent), tab 37.5 mg (base equivalent), tab 50 mg (base equivalent), tab 75 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>venlafaxine hcl cap er 24hr 75 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
VIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT	NIVEL 3	ST, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>vilazodone hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 2	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
TRICÍCLICOS		
<i>amitriptyline hcl (tab 10 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 2	PA
AMOXAPINE (100 MG TAB, 150 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>clomipramine hcl (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg)</i>	NIVEL 2	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desipramine hcl (tab 10 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>doxepin hcl (cap 10 mg, cap 100 mg, cap 150 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, conc 10 mg/ml)</i>	NIVEL 2	PA
<i>imipramine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>nortriptyline hcl (10 mg/5ml solution, cap 10 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>protriptyline hcl (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>trimipramine maleate (cap 100 mg, cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA

ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
<i>meclizine hcl (tab 12.5 mg, tab 25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (inj 5 mg/ml (base equivalent), soln 5 mg/5ml (10 mg/10ml) (base equiv), tab 10 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>perphenazine (tab 16 mg, tab 2 mg, tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>prochlorperazine maleate (tab 10 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>prochlorperazine suppos 25 mg</i>	NIVEL 2	
<i>promethazine hcl (tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>scopolamine td patch 72hr 1 mg/3days</i>	NIVEL 2	PA
COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA		
<i>aprepitant (capsule 125 mg, capsule 80 mg, capsule therapy pack 80 & 125 mg)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>aprepitant capsule 40 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>dronabinol (cap 10 mg, cap 2.5 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl (0.1 mg/ml solution, inj 1 mg/ml, inj 4 mg/4ml (1 mg/ml))</i>	NIVEL 2	BvD
<i>granisetron hcl tab 1 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS), BvD
<i>ondansetron (tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS), BvD
<i>ondansetron hcl (24 mg tab, tab 24 mg)</i>	NIVEL 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), BvD
<i>ondansetron hcl (tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS), BvD
<i>ondansetron hcl oral soln 4 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS), BvD

ANTIESPÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESPÁSTICOS		
<i>baclofen tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>baclofen tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>baclofen tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (cap 100 mg, cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>tizanidine hcl (tab 2 mg (base equivalent), tab 4 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	BvD
AMBISOME 50 MG RECON SUSP	NIVEL 3	BvD
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	NIVEL 2	BvD
<i>amphotericin b liposome iv for susp 50 mg</i>	NIVEL 2	BvD
<i>caspofungin acetate (50 mg recon soln, 70 mg recon soln, for iv soln 50 mg, for iv soln 70 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>ciclopirox olamine (cream 0.77% (base equiv), susp 0.77% (base equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole (topical) (cream 1%, soln 1%)</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole troche 10 mg</i>	NIVEL 2	
CRESEMBA (186 MG CAP, 372 MG RECON SOLN)	NIVEL 3	PA
<i>econazole nitrate cream 1%</i>	NIVEL 2	
<i>fluconazole (for susp 10 mg/ml, for susp 40 mg/ml, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>fluconazole in nacl (inj 200 mg/100ml, inj 400 mg/200ml)</i>	NIVEL 2	
<i>flucytosine (cap 250 mg, cap 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>griseofulvin microsize (susp 125 mg/5ml, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>griseofulvin ultramicrosize (tab 125 mg, tab 250 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>itraconazole cap 100 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>ketoconazole (topical) (cream 2%, shampoo 2%)</i>	NIVEL 2	
<i>ketoconazole tab 200 mg</i>	NIVEL 2	
<i>miconazole sodium (soln 100 mg, soln 50 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 2	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA
<i>nystatin (topical) (cream 100000 unit/gm, oint 100000 unit/gm, topical powder 100000 unit/gm)</i>	NIVEL 2	
<i>nystatin susp 100000 unit/ml</i>	NIVEL 2	
<i>nystatin tab 500000 unit</i>	NIVEL 2	
<i>posaconazole tab delayed release 100 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>terbinafine hcl tab 250 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole vaginal (cream 0.4%, cream 0.8%, suppos 80 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>voriconazole (for susp 40 mg/ml, tab 200 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>voriconazole for inj 200 mg</i>	NIVEL 2	BvD

ANTIGOTOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIGOTOSOS		
<i>allopurinol (tab 100 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>colchicine (0.6 mg cap, tab 0.6 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	NIVEL 2	
COLCRYS 0.6 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
KRYSTEXXA 8 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
<i>probenecid tab 500 mg</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIJAQUECOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)		
<i>naratriptan hcl (tab 1 mg (base equiv), tab 2.5 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (oral disintegrating tab 10 mg (base eq), oral disintegrating tab 5 mg (base eq), tab 10 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (20 mg/act, 5 mg/act)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (6 mg/0.5ml soln prsyr, inj 6 mg/0.5ml, solution auto-injector 4 mg/0.5ml, solution auto-injector 6 mg/0.5ml, solution cartridge 4 mg/0.5ml, solution cartridge 6 mg/0.5ml)</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	NIVEL 2	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>zolmitriptan (orally disintegrating tab 2.5 mg, orally disintegrating tab 5 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
<i>dihydroergotamine mesylate inj 1 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA
<i>dihydroergotamine mesylate nasal spray 4 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	NIVEL 3	QL (20 PER 30 OVER TIME)
ANTIJAQUECOSOS, OTROS		
UBRELVY (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIJAQUECOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROFILÁCTICOS		
AIMOVIG (140 MG DOSE) 70 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>timolol maleate (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	

ANTIMIASTÉNICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
GUANIDINE HCL 125 MG TAB	NIVEL 2	
<i>pyridostigmine bromide tab 60 mg</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 1 DAYS)

ANTIMICOBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>dapsone (tab 100 mg, tab 25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>rifabutin cap 150 mg</i>	NIVEL 2	
ANTITUBERCULOSOS		
CAPASTAT SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 3	
<i>ethambutol hcl (tab 100 mg, tab 400 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 100 mg/ml solution, 50 mg/5ml syrup, tab 100 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
PASER 4 GM PACKET	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIMICOBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRIFTIN 150 MG TAB	NIVEL 3	
<i>pyrazinamide tab 500 mg</i>	NIVEL 2	
<i>rifampin (cap 150 mg, cap 300 mg, for inj 600 mg)</i>	NIVEL 2	
RIFATER 50-120-300 MG TAB	NIVEL 3	
SIRTURO 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
SIRTURO 20 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (120 PER 28 OVER TIME)
TRECTOR 250 MG TAB	NIVEL 3	

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide (25 mg cap, 25 mg tab, 50 mg cap, 50 mg tab, cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 3	BvD
GLEOSTINE (10 MG CAP, 100 MG CAP, 40 MG CAP)	NIVEL 3	
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 3	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 3	LA
<i>thiotepa (inj 100 mg, inj 15 mg)</i>	NIVEL 2	BvD
VALCHLOR 0.016 % GEL	NIVEL 3	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
ANTIANDRÓGENOS		
<i>abiraterone acetate tab 250 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>abiraterone acetate tab 500 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bicalutamide tab 50 mg</i>	NIVEL 2	
ERLEADA 60 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flutamide (125 mg cap, cap 125 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nilutamide tab 150 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIANGIOGÉNICOS

<i>lenalidomide (cap 10 mg, cap 15 mg, cap 25 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lenalidomide (cap 20 mg, caps 2.5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
REVLIMID (2.5 MG CAP, 20 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
THALOMID (100 MG CAP, 50 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES

EMCYT 140 MG CAP	NIVEL 3	
<i>fulvestrant (250 mg/5ml soln prsyr, inj soln pref syr 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
<i>tamoxifen citrate (tab 10 mg (base equivalent), tab 20 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>toremifene citrate tab 60 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	

ANTIMETABOLITOS

DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	NIVEL 3	
---	---------	--

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxyurea cap 500 mg</i>	NIVEL 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (5 PER 28 OVER TIME)
<i>mercaptopurine tab 50 mg</i>	NIVEL 2	
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA, LA
TABLOID 40 MG TAB	NIVEL 3	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
EXKIVITY 40 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
INREBIC 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (70 PER 28 OVER TIME)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (91 PER 28 OVER TIME)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (49 PER 28 OVER TIME)
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>leucovorin calcium (for inj 100 mg, for inj 350 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 25 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (100 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (80 PER 28 OVER TIME)
LUMAKRAS 120 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
LYSODREN 500 MG TAB	NIVEL 3	
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 21 OVER TIME)
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (14 PER 28 OVER TIME)
QINLOCK 50 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	NIVEL 3	BvD
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
WELIREG 40 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (20 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (12 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (32 PER 28 OVER TIME)
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO		
<i>mesna inj 100 mg/ml</i>	NIVEL 2	
MESNEX 400 MG TAB	NIVEL 3	
VONJO 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
<i>anastrozole tab 1 mg</i>	NIVEL 2	
<i>exemestane tab 25 mg</i>	NIVEL 2	
<i>letrozole tab 2.5 mg</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
BRAFTOVI 50 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (56 PER 28 OVER TIME)
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (63 PER 28 OVER TIME)
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>erlotinib hcl (tab 100 mg (base equivalent), tab 150 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>erlotinib hcl tab 25 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>everolimus (tab 10 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>everolimus (tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>everolimus (tab for oral susp 2 mg, tab for oral susp 3 mg, tab for oral susp 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA
FARYDAK (10 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 21 OVER TIME)
GAVRETO 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
IBRANCE (100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>imatinib mesylate tab 100 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>imatinib mesylate tab 400 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB, 70 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
IRESSA 250 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (63 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lapatinib ditosylate tab 250 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
ODOMZO 200 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (14 PER 21 OVER TIME)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
<i>sorafenib tosylate tab 200 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
SPRYCEL 50 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sunitinib malate (cap 37.5 mg (base equivalent), cap 50 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sunitinib malate cap 12.5 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (7 PER 1 DAYS)
<i>sunitinib malate cap 25 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
TALZENNA (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
TASIGNA (150 MG CAP, 200 MG CAP, 50 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) 100 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) 100 & 25 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (63 PER 28 OVER TIME)
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
TURALIO 200 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
UKONIQ 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (84 PER 365 OVER TIME)
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOTRIENT 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZEJULA 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZELBORAF 240 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ZYKADIA (150 MG CAP, 150 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
RETINOIDES		
<i>bexarotene cap 75 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
<i>bexarotene gel 1%</i>	NIVEL 2	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
PANRETIN 0.1 % GEL	NIVEL 3	PA
<i>tretinoin cap 10 mg</i>	NIVEL 2	

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>albendazole tab 200 mg</i>	NIVEL 2	
<i>ivermectin tab 3 mg</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 365 OVER TIME)
<i>praziquantel tab 600 mg</i>	NIVEL 2	
ANTIPROTOZOICOS		
ALINIA 100 MG/5ML RECON SUSP	NIVEL 3	PA, QL (180 PER 3 OVER TIME)
<i>atovaquone susp 750 mg/5ml</i>	NIVEL 2	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (tab 250-100 mg, tab 62.5-25 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	NIVEL 3	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate tab 250 mg</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate tab 500 mg</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 30 OVER TIME)
COARTEM 20-120 MG TAB	NIVEL 3	QL (24 PER 2 OVER TIME)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 100 MG TAB	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 300 MG TAB	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 400 MG TAB	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>mefloquine hcl tab 250 mg</i>	NIVEL 2	
<i>nitazoxanide tab 500 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate for nebulization soln 300 mg</i>	NIVEL 2	BvD
<i>pentamidine isethionate for soln 300 mg</i>	NIVEL 2	
<i>primaquine phosphate (26.3 (15 base) mg tab, tab 26.3 mg (15 mg base))</i>	NIVEL 3	
<i>pyrimethamine tab 25 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>quinine sulfate cap 324 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
<i>apomorphine hcl soln cartridge 30 mg/3ml</i>	NIVEL 2	PA
<i>bromocriptine mesylate (cap 5 mg (base equivalent), tab 2.5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>pramipexole dihydrochloride (tab 0.125 mg, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1 mg, tab 1.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hydrochloride (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate (inj 1 mg/ml, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, oral soln 0.4 mg/ml, tab 2 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl (cap 100 mg, soln 50 mg/5ml, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, tabs 12.5-50-200 mg, tabs 18.75-75-200 mg, tabs 25-100-200 mg, tabs 31.25-125-200 mg, tabs 37.5-150-200 mg, tabs 50-200-200 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>entacapone tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate (tab 0.5 mg (base equiv), tab 1 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (cap 5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa tab 25 mg</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CARBIDOPA-LEVODOPA (CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 10-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-250 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 25-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 50-200 MG, CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG TAB DISP)	NIVEL 2	

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl (100 mg/ml conc, 30 mg/ml conc, 50 mg/2ml solution, inj 25 mg/ml, tab 10 mg, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>fluphenazine decanoate inj 25 mg/ml</i>	NIVEL 2	
<i>fluphenazine hcl (2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg/ml conc, tab 1 mg, tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 10 mg, tab 2 mg, tab 20 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloperidol decanoate (soln 100 mg/ml, soln 50 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol lactate (inj 5 mg/ml, oral conc 2 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>loxapine succinate (cap 10 mg, cap 25 mg, cap 5 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 2	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>thioridazine hcl (tab 10 mg, tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>thiothixene (cap 1 mg, cap 10 mg, cap 2 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>trifluoperazine hcl (tab 1 mg (base equivalent), tab 10 mg (base equivalent), tab 2 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
<i>clozapine (12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, orally disintegrating tab 100 mg, orally disintegrating tab 25 mg, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	NIVEL 3	PA
<i>aripiprazole (orally disintegrating tab 10 mg, orally disintegrating tab 15 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg, tab 30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
ARISTADA (1064 MG/3.9ML PRSYR, 441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR)	NIVEL 3	PA
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
<i>asenapine maleate (sl tab 10 mg (base equiv), sl tab 2.5 mg (base equiv), sl tab 5 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
FANAPT (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (3.5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.75 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.25 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.88 PER 30 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (1.32 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (1.75 PER 30 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (2.62 PER 30 OVER TIME)
LATUDA (120 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
LATUDA (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
NUPLAZID 17 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>olanzapine (for im inj 10 mg, orally disintegrating tab 10 mg, orally disintegrating tab 15 mg, orally disintegrating tab 20 mg, orally disintegrating tab 5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 2.5 mg, tab 20 mg, tab 5 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>paliperidone (tab er 24hr 1.5 mg, tab er 24hr 3 mg, tab er 24hr 9 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>paliperidone tab er 24hr 6 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>quetiapine fumarate (150 mg tab, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 25 mg, tab 300 mg, tab 400 mg, tab 50 mg, tab er 24hr 150 mg, tab er 24hr 200 mg, tab er 24hr 300 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 50 mg)</i>	NIVEL 2	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RISPERDAL CONSTA (12.5 MG SRER, 25 MG SRER, 37.5 MG SRER, 50 MG SRER)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, orally disintegrating tab 0.5 mg, orally disintegrating tab 1 mg, orally disintegrating tab 2 mg, orally disintegrating tab 3 mg, orally disintegrating tab 4 mg, soln 1 mg/ml, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 2	
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, QL (7 PER 30 OVER TIME)
<i>ziprasidone hcl (cap 20 mg, cap 40 mg, cap 60 mg, cap 80 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>ziprasidone mesylate for inj 20 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 3	PA

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
PREVYMIS 240 MG TAB	NIVEL 3	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	NIVEL 3	QL (100 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl for soln 50 mg/ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl tab 450 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZIRGAN 0.15 % GEL	NIVEL 3	QL (5 PER 30 OVER TIME)
ANTIGRIPALES		
<i>oseltamivir phosphate cap 30 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate cap 45 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate cap 75 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate for susp 6 mg/ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 2	
XOFLUZA (40 MG DOSE) (1 X 40 MG TAB THPK, 2 X 20 MG TAB THPK)	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (1 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 2 X 40 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
<i>adefovir dipivoxil tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (tab 0.5 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
<i>lamivudine tab 100 mg (hbv)</i>	NIVEL 2	
VEMLIDY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
EPCLUSA (150-37.5 MG PACKET, 200-50 MG TAB, 400-100 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
EPCLUSA 200-50 MG PACKET	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HARVONI (33.75-150 MG PACKET, 45-200 MG TAB, 90-400 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
HARVONI 45-200 MG PACKET	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (hepatitis c) (cap 200 mg, tab 200 mg)</i>	NIVEL 2	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIHERPÉTICOS

<i>acyclovir (cap 200 mg, susp 200 mg/5ml, tab 400 mg, tab 800 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>acyclovir sodium iv soln 50 mg/ml</i>	NIVEL 2	BvD
<i>famciclovir (tab 125 mg, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>valacyclovir hcl (tab 1 gm, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)

APRETUDE 600 MG/3ML SUSP	NIVEL 3	QL (21 PER 365 OVER TIME), BvD
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS (100 MG CHEW TAB, 25 MG CHEW TAB)	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
APTIVUS 250 MG CAP	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (cap 150 mg (base equiv), cap 200 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate cap 300 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 200 MG CAP	NIVEL 3	QL (9 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 400 MG CAP	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium tab 700 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
INVIRASE 200 MG CAP	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
INVIRASE 500 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	NIVEL 2	QL (13 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
NORVIR (100 MG CAP, 100 MG PACKET)	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 600 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (5 PER 1 DAYS)
PREZISTA 800 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir tab 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 3	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)

COMPLERA 200-25-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz cap 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz cap 50 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz tab 600 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate (tab 400-300-300 mg, tab 600-300-300 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine tab 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nevirapine tab er 24hr 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine tab er 24hr 400 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
RESCRIPTOR 200 MG TAB	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)		
<i>abacavir sulfate soln 20 mg/ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate tab 300 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
DIDANOSINE (200 MG CAP DR, 250 MG CAP DR, 400 MG CAP DR)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine caps 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate (tab 100-150 mg, tab 133-200 mg, tab 167-250 mg, tab 200-300 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine oral soln 10 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine tab 150 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine tab 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, cap 15 mg, cap 20 mg, cap 30 mg, cap 40 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TEMIXYS 300-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate tab 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
VIDEX 2 GM RECON SOLN	NIVEL 3	
VIDEX EC 125 MG CAP DR	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 3	QL (240 PER 30 OVER TIME)
<i>zidovudine cap 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine syrup 10 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine tab 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 3	QL (4 PER 30 OVER TIME), BvD
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 3	QL (6 PER 30 OVER TIME), BvD
FUZEON 90 MG RECON SOLN	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>maraviroc tab 150 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc tab 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

BIPOLARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO		
LITHIUM 8 MEQ/5ML SOLUTION	NIVEL 2	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 600 mg cap, cap 150 mg, cap 300 mg, cap 600 mg, tab 300 mg, tab er 300 mg, tab er 450 mg)</i>	NIVEL 2	

BUCODENTALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BUCODENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12%</i>	NIVEL 2	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	NIVEL 3	BvD
<i>pilocarpine hcl (oral) (tab 5 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1%</i>	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>clonidine (patch weekly 0.1 mg/24hr, patch weekly 0.2 mg/24hr, patch weekly 0.3 mg/24hr)</i>	NIVEL 2	
<i>clonidine hcl (tab 0.1 mg, tab 0.2 mg, tab 0.3 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>droxidopa cap 100 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>droxidopa cap 200 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
<i>droxidopa cap 300 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>midodrine hcl (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

<i>candesartan cilexetil (tab 16 mg, tab 32 mg, tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	
EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>irbesartan (tab 150 mg, tab 300 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan medoxomil (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>telmisartan (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan (tab 160 mg, tab 320 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 1	

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 400 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>disopyramide phosphate (cap 100 mg, cap 150 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>dofetilide (cap 125 mcg (0.125 mg), cap 250 mcg (0.25 mg), cap 500 mcg (0.5 mg))</i>	NIVEL 2	
<i>flecainide acetate (tab 100 mg, tab 150 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>mexiletine hcl (cap 150 mg, cap 200 mg, cap 250 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MULTAQ 400 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>propafenone hcl (tab 150 mg, tab 225 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab, tab 200 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (afib/afl) (tab 120 mg, tab 160 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (tab 120 mg, tab 160 mg, tab 240 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>doxazosin mesylate (tab 1 mg, tab 2 mg, tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>prazosin hcl (cap 1 mg, cap 2 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>terazosin hcl (cap 1 mg (base equivalent), cap 10 mg (base equivalent), cap 2 mg (base equivalent), cap 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl (cap 200 mg, cap 400 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>atenolol (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>betaxolol hcl (tab 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>bisoprolol fumarate (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>carvedilol (tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 3.125 mg, tab 6.25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>labetalol hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol succinate (tab er 24hr 100 mg (tartrate equiv), tab er 24hr 200 mg (tartrate equiv), tab er 24hr 25 mg (tartrate equiv), tab er 24hr 50 mg (tartrate equiv))</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoprolol tartrate (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>nadolol (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nebivolol hcl (tab 10 mg (base equivalent), tab 2.5 mg (base equivalent), tab 20 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>pindolol (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>propranolol hcl (40 mg/5ml solution, cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 160 mg, cap er 24hr 60 mg, cap er 24hr 80 mg, oral soln 20 mg/5ml, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 60 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 2	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS		
<i>amlodipine besylate (tab 10 mg (base equivalent), tab 2.5 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 1	
<i>felodipine (tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 2.5 mg, tab er 24hr 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nicardipine hcl (cap 20 mg, cap 30 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nifedipine (cap 10 mg, cap 20 mg, tab er 24hr 30 mg, tab er 24hr 60 mg, tab er 24hr 90 mg, tab er 24hr osmotic release 30 mg, tab er 24hr osmotic release 60 mg, tab er 24hr osmotic release 90 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nimodipine cap 30 mg</i>	NIVEL 2	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (1260 PER 21 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS		
<i>diltiazem hcl (cap er 12hr 120 mg, cap er 12hr 60 mg, cap er 12hr 90 mg, cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg, tab 120 mg, tab 30 mg, tab 60 mg, tab 90 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl coated beads (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg, cap er 24hr 300 mg, cap er 24hr 360 mg, tab er 24hr 180 mg, tab er 24hr 240 mg, tab er 24hr 300 mg, tab er 24hr 360 mg, tab er 24hr 420 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl extended release beads (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg, cap er 24hr 300 mg, cap er 24hr 360 mg, cap er 24hr 420 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>verapamil hcl (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 200 mg, cap er 24hr 240 mg, cap er 24hr 300 mg, tab 120 mg, tab 40 mg, tab 80 mg, tab er 120 mg, tab er 180 mg, tab er 240 mg)</i>	NIVEL 2	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 2	
CARDIOVASCULARES, OTROS		
<i>acetazolamide (tab 125 mg, tab 250 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>aliskiren fumarate (tab 150 mg (base equivalent), tab 300 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	PA
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl (cap 10-20 mg, cap 10-40 mg, cap 2.5-10 mg, cap 5-10 mg, cap 5-20 mg, cap 5-40 mg)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil (tab 10-20 mg, tab 10-40 mg, tab 5-20 mg, tab 5-40 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine besylate-valsartan (tab 10-160 mg, tab 10-320 mg, tab 5-160 mg, tab 5-320 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide (tab 10-160-12.5 mg, tab 10-160-25 mg, tab 10-320-25 mg, tab 5-160-12.5 mg, tab 5-160-25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>atenolol & chlorthalidone (tab 100-25 mg, tab 50-25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg, tab 20-25 mg, tab 5-6.25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide (tab 10-6.25 mg, tab 2.5-6.25 mg, tab 5-6.25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide (tab 16-12.5 mg, tab 32-12.5 mg, tab 32-25 mg)</i>	NIVEL 2	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	NIVEL 1	
CORLANOR (5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (0.05 mg/ml solution, oral soln 0.05 mg/ml)</i>	NIVEL 3	
<i>digoxin tab 125 mcg (0.125 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin tab 250 mcg (0.25 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide (tab 10-25 mg, tab 5-12.5 mg)</i>	NIVEL 1	
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (tab 150-12.5 mg, tab 300-12.5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg, tab 20-25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide (tab 100-12.5 mg, tab 100-25 mg, tab 50-12.5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide (tab 100-25 mg, tab 100-50 mg, tab 50-25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metyrosine cap 250 mg</i>	NIVEL 2	
<i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide (tab 20-5-12.5 mg, tab 40-10-12.5 mg, tab 40-10-25 mg, tab 40-5-12.5 mg, tab 40-5-25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide (tab 20-12.5 mg, tab 40-12.5 mg, tab 40-25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>pentoxifylline tab er 400 mg</i>	NIVEL 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg, tab 20-25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>ranolazine (tab er 12hr 1000 mg, tab er 12hr 500 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	NIVEL 2	
TEKTRUNA HCT (150-12.5 MG TAB, 150-25 MG TAB, 300-12.5 MG TAB, 300-25 MG TAB)	NIVEL 3	PA
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide (tab 40-12.5 mg, tab 80-12.5 mg, tab 80-25 mg)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i> (cap 37.5-25 mg, tab 37.5-25 mg, tab 75-50 mg)	NIVEL 2	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> (tab 160-12.5 mg, tab 160-25 mg, tab 320-12.5 mg, tab 320-25 mg, tab 80-12.5 mg)	NIVEL 1	
VYNDAMAX 61 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

<i>choline fenofibrate</i> (cap dr 135 mg (fenofibric acid equiv), cap dr 45 mg (fenofibric acid equiv))	NIVEL 2	
<i>fenofibrate</i> (tab 145 mg, tab 160 mg, tab 48 mg, tab 54 mg)	NIVEL 2	
<i>fenofibrate micronized</i> (cap 130 mg, cap 134 mg, cap 200 mg, cap 43 mg, cap 67 mg)	NIVEL 2	
<i>gemfibrozil</i> tab 600 mg	NIVEL 2	

DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA

<i>atorvastatin calcium</i> (tab 10 mg (base equivalent), tab 20 mg (base equivalent), tab 40 mg (base equivalent), tab 80 mg (base equivalent))	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium</i> (cap 20 mg (base equivalent), cap 40 mg (base equivalent))	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium</i> tab er 24 hr 80 mg (base equivalent)	NIVEL 2	
<i>lovastatin</i> (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg)	NIVEL 1	
<i>pravastatin sodium</i> (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)	NIVEL 1	
<i>rosuvastatin calcium</i> (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 5 mg)	NIVEL 1	
<i>simvastatin</i> (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 5 mg, tab 80 mg)	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
<i>cholestyramine (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cholestyramine light (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>colesevelam hcl (packet for susp 3.75 gm, tab 625 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>colestipol hcl (granule packets 5 gm, granules 5 gm, tab 1 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe tab 10 mg</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (tab 10-10 mg, tab 10-20 mg, tab 10-40 mg, tab 10-80 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>icosapent ethyl cap 0.5 gm</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>icosapent ethyl cap 1 gm</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
JUXTAPID (40 MG CAP, 60 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 10 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 20 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 30 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 5 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>niacin (antihyperlipidemic) (tab er 1000 mg (antihyperlipidemic), tab er 750 mg (antihyperlipidemic))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 2	
<i>niacin tab er 500 mg (antihyperlipidemic)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	NIVEL 2	
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA, QL (3.5 PER 28 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
VASCEPA 0.5 GM CAP	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>eplerenone (tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>spironolactone (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, ASA		
<i>bumetanide (inj 0.25 mg/ml, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>furosemide (8 mg/ml solution, inj 10 mg/ml, oral soln 10 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>furosemide (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>torsemide (tab 10 mg, tab 100 mg, tab 20 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
<i>chlorothiazide (500 mg tab, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>chlorthalidone (tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrochlorothiazide (cap 12.5 mg, tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>indapamide (tab 1.25 mg, tab 2.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metolazone (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
<i>benazepril hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>captopril (tab 100 mg, tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>enalapril maleate (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 20 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>fosinopril sodium (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>lisinopril (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 40 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>moexipril hcl (tab 15 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>perindopril erbumine (tab 2 mg, tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>quinapril hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>ramipril (cap 1.25 mg, cap 10 mg, cap 2.5 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>trandolapril (tab 1 mg, tab 2 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 1	
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
<i>hydralazine hcl (tab 10 mg, tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>minoxidil (tab 10 mg, tab 2.5 mg)</i>	NIVEL 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
ISOSORBIDE DINITRATE ER 40 MG TAB ER	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab, tab 10 mg, tab 20 mg, tab er 24hr 120 mg, tab er 24hr 30 mg, tab er 24hr 60 mg)</i>	NIVEL 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitroglycerin (sl tab 0.3 mg, sl tab 0.4 mg, sl tab 0.6 mg, td patch 24hr 0.1 mg/hr, td patch 24hr 0.2 mg/hr, td patch 24hr 0.4 mg/hr, td patch 24hr 0.6 mg/hr)</i>	NIVEL 2	
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	NIVEL 3	
RECTIV 0.4 % OINTMENT	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>acitretin (cap 10 mg, cap 17.5 mg, cap 25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>adapalene gel 0.1%</i>	NIVEL 2	PA
<i>isotretinoin (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 30 mg, cap 40 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	NIVEL 2	
TAZORAC 0.05 % CREAM	NIVEL 3	
<i>tretinoin (cream 0.025%, cream 0.05%, cream 0.1%, gel 0.01%, gel 0.025%)</i>	NIVEL 2	PA
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
<i>acyclovir oint 5%</i>	NIVEL 2	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ciclopirox solution 8%</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (topical) (gel 1%, lotion 1%, soln 1%)</i>	NIVEL 2	
ERY 2 % PAD	NIVEL 2	
<i>erythromycin (acne aid) (gel 2%, soln 2%)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mupirocin oint 2%</i>	NIVEL 2	
SULFAMYLLON 85 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>alclometasone dipropionate oint 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate (topical) (cream 0.05%, lotion 0.05%)</i>	NIVEL 2	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG 0.05 % GEL	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone valerate (cream 0.1% (base equivalent), lotion 0.1% (base equivalent), oint 0.1% (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol propionate (cream 0.05%, gel 0.05%, oint 0.05%, soln 0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol propionate emollient base cream 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>desonide (cream 0.05%, oint 0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>desoximetasone (cream 0.25%, oint 0.25%)</i>	NIVEL 2	
<i>fluocinolone acetonide (cream 0.01%, cream 0.025%, oil 0.01% (body oil), oil 0.01% (scalp oil), oint 0.025%, soln 0.01%)</i>	NIVEL 2	
<i>fluocinonide (cream 0.05%, gel 0.05%, oint 0.05%, soln 0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>fluocinonide emulsified base cream 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>fluticasone propionate (cream 0.05%, oint 0.005%)</i>	NIVEL 2	
<i>halobetasol propionate (cream 0.05%, oint 0.05%)</i>	NIVEL 2	QL (200 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone (rectal) (cream 1%, cream 2.5%)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone (topical) (cream 2.5%, lotion 2.5%, oint 1%, oint 2.5%)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone butyrate (0.1 % solution, soln 0.1%)</i>	NIVEL 2	ST
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	NIVEL 2	ST
<i>lactic acid (ammonium lactate) (cream 12%, lotion 12%)</i>	NIVEL 2	
<i>mometasone furoate solution 0.1% (lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	NIVEL 2	
<i>tacrolimus (topical) (oint 0.03%, oint 0.1%)</i>	NIVEL 2	ST, QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>triamcinolone acetonide (topical) (cream 0.025%, cream 0.1%, cream 0.5%, lotion 0.025%, lotion 0.1%, oint 0.025%, oint 0.1%, oint 0.5%)</i>	NIVEL 2	
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
<i>calcipotriene (cream 0.005%, oint 0.005%, soln 0.005% (50 mcg/ml))</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole w/ betamethasone (cream 1-0.05%, lotion 1-0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (actinic keratoses) gel 3%</i>	NIVEL 2	PA, QL (300 PER 365 OVER TIME)
FLUOROURACIL (2 % SOLUTION, 5 % SOLUTION)	NIVEL 2	
<i>fluorouracil cream 5%</i>	NIVEL 2	
<i>imiquimod cream 5%</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>nystatin-triamcinolone (cream 100000-0.1 unit/gm-%, oint 100000-0.1 unit/gm-%)</i>	NIVEL 2	
OTEZLA 30 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>podofilox soln 0.5%</i>	NIVEL 2	
REGRANEX 0.01 % GEL	NIVEL 3	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME)
<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	NIVEL 2	
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
TOLAK 4 % CREAM	NIVEL 3	
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
LINDANE 1 % SHAMPOO	NIVEL 2	
<i>malathion lotion 0.5%</i>	NIVEL 3	
<i>permethrin cream 5%</i>	NIVEL 2	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES		
<i>deferasirox (tab 180 mg, tab 360 mg, tab 90 mg, tab for oral susp 125 mg, tab for oral susp 250 mg, tab for oral susp 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>deferiprone tab 1000 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>deferiprone tab 500 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
<i>trientine hcl cap 250 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
QUELANTES DE FOSFATO		
AURYXIA 1 GM 210 MG(Fe) TAB	NIVEL 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium acetate (phosphate binder) (cap 667 mg (169 mg ca), tab 667 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sevelamer carbonate tab 800 mg</i>	NIVEL 2	
QUELANTES DE POTASIO		
<i>sodium polystyrene sulfonate (*powder**, oral susp 15 gm/60ml)</i>	NIVEL 2	
SPS 15 GM/60ML SUSPENSION	NIVEL 2	
VELTASSA (16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET, 8.4 GM PACKET)	NIVEL 3	
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
<i>*amino acid electrolyte infusion 8.5%***</i>	NIVEL 2	BvD
<i>*amino acid infusion 15%***</i>	NIVEL 2	BvD
AMINOSYN (10 % SOLUTION, 8.5 % SOLUTION)	NIVEL 2	BvD
AMINOSYN II (10 % SOLUTION, 8.5 % SOLUTION)	NIVEL 2	BvD
AMINOSYN II 15 % SOLUTION	NIVEL 3	BvD
AMINOSYN-HBC 7 % SOLUTION	NIVEL 3	BvD
AMINOSYN-PF 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
AMINOSYN-PF 7 % SOLUTION	NIVEL 3	BvD
AMINOSYN-RF 5.2 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
AMINOSYN/ELECTROLYTES (AMINOSYN/ELECTROLYTES 7 % SOLUTION, AMINOSYN/ELECTROLYTES 8.5 % SOLUTION)	NIVEL 2	BvD
<i>carglumic acid soluble tab 200 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA
CRYSVITA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FREAMINE III 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
HEPATAMINE 8 % SOLUTION	NIVEL 3	BvD
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	NIVEL 3	BvD
KCL IN DEXTROSE-NACL (20-5-0.225 MEQ/L-%-% SOLUTION, 20-5-0.33 MEQ/L-%-% SOLUTION, 40-5-0.9 MEQ/L-%-% SOLUTION)	NIVEL 2	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	NIVEL 2	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	NIVEL 3	BvD
<i>potassium chloride (10 meq/100ml solution, 20 meq/100ml solution, 40 meq/100ml solution, cap er 10 meq, cap er 8 meq, inj 10 meq/100ml, inj 2 meq/ml, inj 20 meq/100ml, inj 40 meq/100ml, oral soln 10% (20 meq/15ml), oral soln 20% (40 meq/15ml), tab er 10 meq, tab er 20 meq (1500 mg), tab er 8 meq (600 mg))</i>	NIVEL 2	
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TAB ER	NIVEL 2	
<i>potassium chloride in dextrose & sodium chloride (20 meq/l (0.15%) in dextrose 5%nacl 0.2% inj, 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5%nacl 0.45% inj, 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5%nacl 0.9% inj)</i>	NIVEL 2	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL (20-0.9 MEQ/L-% SOLUTION, 40-0.9 MEQ/L-% SOLUTION, KCL 20 MEQ/L (0.15%)0.9% INJ, KCL 40 MEQ/L (0.3%)0.9% INJ)	NIVEL 2	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er (crys er tab 10 meq, crys er tab 15 meq, crys er tab 20 meq)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium citrate (alkalinizer) (tab er 10 meq (1080 mg), tab er 15 meq (1620 mg), tab er 5 meq (540 mg))</i>	NIVEL 2	
PREMASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
<i>sodium chloride (0.9 % solution, inj 2.5 meq/ml (14.6%), iv soln 0.45%, iv soln 0.9%, iv soln 3%, iv soln 5%, preservative free (pf) inj 0.9%)</i>	NIVEL 2	
SYNTHAMIN 17 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
TRAVASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
VITAMINAS		
<i>dextrose (inj 10%, inj 5%)</i>	NIVEL 2	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	NIVEL 2	
<i>dextrose w/ sodium chloride (2.5% w/ sodium chloride 0.45%, 5% w/ sodium chloride 0.2%, 5% w/ sodium chloride 0.225%, 5% w/ sodium chloride 0.3%, 5% w/ sodium chloride 0.33%, 5% w/ sodium chloride 0.45%, 5% w/ sodium chloride 0.9%)</i>	NIVEL 2	
DEXTROSE-NACL (10-0.2 % SOLUTION, 10-0.45 % SOLUTION, 2.5-0.45 % SOLUTION, 5-0.225 % SOLUTION, 5-0.3 % SOLUTION)	NIVEL 2	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE (5-0.225 % SOLUTION, 5-0.3 % SOLUTION)	NIVEL 2	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 2	
<i>lactated ringer's for irrigation</i>	NIVEL 2	
<i>lactated ringer's solution</i>	NIVEL 2	
LACTATED RINGERS SOLUTION	NIVEL 2	
<i>levocarnitine tab 330 mg</i>	NIVEL 2	
NEONATAL PLUS 27-1 MG TAB	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE (20 MEQ/L (0.15%)5% INJ, 40-5 MEQ/L-% SOLUTION)	NIVEL 2	
PRENATAL PLUS 27-1 MG TAB	NIVEL 3	
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 27-1 MG TAB	NIVEL 3	
<i>prenatal vitamins</i>	NIVEL 3	
<i>ringer's solution</i>	NIVEL 2	
<i>ringer's solution for irrigation</i>	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 3	BvD
<i>sodium fluoride (chew tab 0.25 mg f (from 0.55 mg naf), chew tab 0.5 mg f (from 1.1 mg naf), chew tab 1 mg f (from 2.2 mg naf), soln 0.5 mg/ml f (from 1.1 mg/ml naf))</i>	NIVEL 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 3	BvD

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSALICILATOS		
<i>balsalazide disodium cap 750 mg</i>	NIVEL 2	
<i>mesalamine (cap er 24hr 0.375 gm, tab delayed release 1.2 gm)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine (enema 4 gm, suppos 1000 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfasalazine (tab 500 mg, tab delayed release 500 mg)</i>	NIVEL 2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide delayed release particles cap 3 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>budesonide tab er 24hr 9 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>hydrocortisone (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone enema 100 mg/60ml</i>	NIVEL 2	

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>alendronate sodium (40 mg tab, 5 mg tab, tab 10 mg, tab 35 mg, tab 5 mg, tab 70 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal soln 200 unit/act</i>	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
<i>calcitriol (1 mcg/ml solution, cap 0.25 mcg, cap 0.5 mcg, oral soln 1 mcg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>cinacalcet hcl (tab 30 mg (base equiv), tab 60 mg (base equiv), tab 90 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	BvD
<i>doxercalciferol (cap 0.5 mcg, cap 1 mcg, cap 2.5 mcg, inj 4 mcg/2ml (2 mcg/ml))</i>	NIVEL 2	BvD
ETIDRONATE DISODIUM 200 MG TAB	NIVEL 2	
FORTEO 600 MCG/2.4ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA
<i>ibandronate sodium iv soln 3 mg/3ml (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA
<i>ibandronate sodium tab 150 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
NATPARA (100 MCG CARTRIDGE, 25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paricalcitol</i> (cap 1 mcg, cap 2 mcg, cap 4 mcg, iv soln 2 mcg/ml, iv soln 5 mcg/ml)	NIVEL 2	BvD
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA
<i>risedronate sodium</i> (tab 150 mg, tab 35 mg, tab 5 mg)	NIVEL 2	
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, QL (1.7 PER 28 OVER TIME)
<i>zoledronic acid</i> (4 mg recon soln, 4 mg/100ml solution, inj conc for iv infusion 4 mg/5ml, iv soln 5 mg/100ml)	NIVEL 2	BvD

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
<i>cimetidine</i> (tab 200 mg, tab 300 mg, tab 400 mg, tab 800 mg)	NIVEL 2	
<i>cimetidine hcl</i> (300 mg/5ml solution, soln 300 mg/5ml)	NIVEL 2	
<i>famotidine</i> (tab 20 mg, tab 40 mg)	NIVEL 2	
<i>nizatidine</i> (150 mg cap, 300 mg cap, cap 150 mg, cap 300 mg)	NIVEL 2	
ANTIDIARREICOS		
<i>alosetron hcl</i> (tab 0.5 mg (base equiv), tab 1 mg (base equiv))	NIVEL 2	PA
<i>diphenoxylate w/ atropine</i> tab 2.5-0.025 mg	NIVEL 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loperamide hcl cap 2 mg</i>	NIVEL 2	
XERMELO 250 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
<i>dicyclomine hcl (cap 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>glycopyrrolate (tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
AMITIZA (24 MCG CAP, 8 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lactulose (encephalopathy) solution 10 gm/15ml</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose solution 10 gm/15ml</i>	NIVEL 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
LUBIPROSTONE (24 MCG CAP, 8 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	NIVEL 2	
RELISTOR (12 MG/0.6ML SOLUTION, 8 MG/0.4ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	NIVEL 2	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5-3.13-1.6 GM/177ML SOLUTION	NIVEL 3	
GASTROINTESTINALES, OTROS		
GATTEX 5 MG KIT	NIVEL 3	PA, LA
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate (soln 236 gm, soln 240 gm)</i>	NIVEL 2	
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	NIVEL 3	PA
<i>ursodiol (cap 300 mg, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

<i>lansoprazole cap delayed release 15 mg</i>	NIVEL 2	
<i>lansoprazole cap delayed release 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole (cap delayed release 10 mg, cap delayed release 20 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>omeprazole cap delayed release 40 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium ec tab 20 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	
<i>pantoprazole sodium ec tab 40 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium ec tab 20 mg</i>	NIVEL 2	

PROTECTORES

<i>misoprostol (tab 100 mcg, tab 200 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>sucrafate tab 1 gm</i>	NIVEL 2	

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxybutynin chloride (syrup 5 mg/5ml, tab 5 mg, tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 15 mg, tab er 24hr 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>solifenacin succinate (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (cap er 24hr 2 mg, cap er 24hr 4 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	ST
<i>tropium chloride tab 20 mg</i>	NIVEL 2	

GENITOURINARIOS, OTROS

<i>bethanechol chloride (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 5 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>penicillamine tab 250 mg</i>	NIVEL 2	PA
THIOLA EC (100 MG TAB DR, 300 MG TAB DR)	NIVEL 3	PA, LA

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

<i>alfuzosin hcl tab er 24hr 10 mg</i>	NIVEL 2	
<i>dutasteride cap 0.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>silodosin (cap 4 mg, cap 8 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl cap 0.4 mg</i>	NIVEL 2	

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate (cap 150 mg (base eq), cap 75 mg (base eq))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enoxaparin sodium (inj 300 mg/3ml, inj soln pref syr 100 mg/ml, inj soln pref syr 150 mg/ml)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (inj soln pref syr 120 mg/0.8ml, inj soln pref syr 80 mg/0.8ml)</i>	NIVEL 2	QL (48 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 30 mg/0.3ml</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 40 mg/0.4ml</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 60 mg/0.6ml</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 10 mg/0.8ml</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 2.5 mg/0.5ml</i>	NIVEL 2	QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 5 mg/0.4ml</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 7.5 mg/0.6ml</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>heparin sodium (porcine) (inj 1000 unit/ml, inj 10000 unit/ml, inj 20000 unit/ml, inj 5000 unit/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
PRADAXA (110 MG CAP, 150 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>warfarin sodium (tab 1 mg, tab 10 mg, tab 2 mg, tab 2.5 mg, tab 3 mg, tab 4 mg, tab 5 mg, tab 6 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
ZONTIVITY 2.08 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS		
<i>anagrelide hcl (cap 0.5 mg, cap 1 mg)</i>	NIVEL 2	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 500 MCG/ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
MOZOBIL 24 MG/1.2ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEMOSTÁTICOS		
<i>tranexamic acid iv soln 1000 mg/10ml (100 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>tranexamic acid tab 650 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
MODIFICADORES PLAQUETARIOS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	NIVEL 2	
BRILINTA (60 MG TAB, 90 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
CABLIVI 11 MG KIT	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>cilostazol (tab 100 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>clopidogrel bisulfate tab 75 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 2	PA
OXBRYTA (300 MG TAB SOL, 500 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>prasugrel hcl (tab 10 mg (base equiv), tab 5 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
TAVALISSE (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin acetate (inj 4 mcg/ml, preservative free (pf) inj 4 mcg/ml, tab 0.1 mg, tab 0.2 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>desmopressin acetate nasal spray soln 0.01%</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desmopressin acetate nasal spray soln 0.01% (refrigerated)</i>	NIVEL 2	
EGRIFTA 1 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
NORDITROPIN FLEXPOR (10 MG/1.5ML SOLN PEN, 15 MG/1.5ML SOLN PEN, 30 MG/3ML SOLN PEN, 5 MG/1.5ML SOLN PEN)	NIVEL 3	PA
SEROSTIM (4 MG RECON SOLN, 5 MG RECON SOLN, 6 MG RECON SOLN)	NIVEL 3	PA, LA

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANDRÓGENOS		
ANDRODERM (2 MG/24HR PATCH 24HR, 4 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>danazol (cap 100 mg, cap 200 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel, td gel 12.5 mg/act (1%), td gel 25 mg/2.5gm (1%), td gel 50 mg/5gm (1%))</i>	NIVEL 2	PA, QL (300 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution, im inj in oil 100 mg/ml, im inj in oil 200 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>testosterone enanthate (200 mg/ml solution, im inj in oil 200 mg/ml)</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTEROIDES ANABOLIZANTES		
ANADROL-50 50 MG TAB	NIVEL 3	
<i>oxandrolone (tab 10 mg, tab 2.5 mg)</i>	NIVEL 2	
ESTRÓGENOS		
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	NIVEL 3	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	NIVEL 2	
<i>desogest-ethin est tab 0.1-0.025/0.125-0.025/0.15-0.025mg-mg</i>	NIVEL 2	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	NIVEL 2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (tab 3-0.02 mg, tab 3-0.03 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>estradiol (patch twice weekly 0.025 mg/24hr, patch twice weekly 0.0375 mg/24hr, patch twice weekly 0.05 mg/24hr, patch twice weekly 0.075 mg/24hr, patch twice weekly 0.1 mg/24hr)</i>	NIVEL 2	PA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (patch weekly 0.025 mg/24hr, patch weekly 0.0375 mg/24hr (37.5 mcg/24hr), patch weekly 0.05 mg/24hr, patch weekly 0.06 mg/24hr, patch weekly 0.075 mg/24hr, patch weekly 0.1 mg/24hr)</i>	NIVEL 2	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>estradiol vaginal (cream 0.1 mg/gm, tab 10 mcg)</i>	NIVEL 2	
ESTRING 2 MG RING	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad (ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg, ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>levonorgestrel & eth estradiol (ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg, ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	NIVEL 2	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	NIVEL 2	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 3	PA
<i>norethin acet & estrad-fe (ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg, ethinyl estradiol-fe tab 1.5 mg-30 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone & eth estradiol (ethinyl estradiol tab 0.4 mg-35 mcg, ethinyl estradiol tab 0.5 mg-35 mcg, ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone acet & eth estra (ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg, ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	NIVEL 2	PA
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	NIVEL 2	PA
<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic) (tab 0.5-35/0.75-35/1-35 mg-mcg, tab 0.5-35/1-35/0.5-35 mg-mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	NIVEL 2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norgestrel & ethinyl estradiol tab 0.3 mg-30 mcg</i>	NIVEL 2	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	NIVEL 3	PA
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	NIVEL 3	PA
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	NIVEL 2	
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHENA 60 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl tab 60 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
PROGESTINAS		
DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION	NIVEL 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) (susp 150 mg/ml, susp prefilled syr 150 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>megestrol acetate (susp 40 mg/ml, tab 20 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>megestrol acetate susp 625 mg/5ml</i>	NIVEL 2	PA
<i>norethindrone acetate tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone tab 0.35 mg</i>	NIVEL 2	
<i>progesterone (cap 100 mg, cap 200 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
ACTHAR 80 UNIT/ML GEL	NIVEL 3	PA, LA
<i>alclometasone dipropionate cream 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate augmented (cream 0.05%, lotion 0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol propionate emollient base cream 0.05%</i>	NIVEL 2	
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 2	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	NIVEL 3	PA, LA
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, elixir 0.5 mg/5ml, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1.5 mg, tab 2 mg, tab 4 mg, tab 6 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate (inj 10 mg/ml, inj 100 mg/10ml, sod phosphate preservative free inj 10 mg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>dexamethasone sodium phosphate (inj 120 mg/30ml, inj 20 mg/5ml, inj 4 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>fludrocortisone acetate tab 0.1 mg</i>	NIVEL 2	
HEMADY 20 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate oint 0.1%</i>	NIVEL 2	ST
<i>hydrocortisone valerate oint 0.2%</i>	NIVEL 2	
KORLYM 300 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>methylprednisolone (tab 16 mg, tab 32 mg, tab 4 mg, tab 8 mg, tab therapy pack 4 mg (21))</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, inj susp 40 mg/ml, inj susp 80 mg/ml)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylprednisolone sod succ (inj 125 mg (base equiv), inj 40 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>mometasone furoate (cream 0.1%, oint 0.1%)</i>	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE (25 MG/5ML SOLUTION, SOD PHOSPH ORAL SOLN 6.7 MG/5ML (5 MG/5ML BASE))	NIVEL 2	
<i>prednisolone soln 15 mg/5ml</i>	NIVEL 2	
<i>prednisone (5 mg/5ml solution, tab 1 mg, tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 20 mg, tab 5 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 2	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>levothyroxine sodium (tab 100 mcg, tab 112 mcg, tab 125 mcg, tab 137 mcg, tab 150 mcg, tab 175 mcg, tab 200 mcg, tab 25 mcg, tab 300 mcg, tab 50 mcg, tab 75 mcg, tab 88 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>liothyronine sodium (tab 25 mcg, tab 5 mcg, tab 50 mcg)</i>	NIVEL 2	
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)		
<i>cabergoline tab 0.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 30 OVER TIME)
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	NIVEL 3	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	NIVEL 3	
LANREOTIDE ACETATE 120 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
<i>leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml</i>	NIVEL 2	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	NIVEL 3	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	NIVEL 3	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 3	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 3	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) (11.25 MG KIT, 15 MG KIT, 7.5 MG KIT)	NIVEL 3	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) (11.25 MG (PED) KIT, 30 MG (PED) KIT)	NIVEL 3	
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 500 mcg/ml soln prsy, inj 100 mcg/ml (0.1 mg/ml), inj 1000 mcg/ml (1 mg/ml), inj 200 mcg/ml (0.2 mg/ml), inj 50 mcg/ml (0.05 mg/ml), inj 500 mcg/ml (0.5 mg/ml))</i>	NIVEL 2	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
SANDOSTATIN LAR DEPOT (10 MG KIT, 20 MG KIT, 30 MG KIT)	NIVEL 3	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOMATULINE DEPOT (60 MG/0.2ML SOLUTION, 90 MG/0.3ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
TRELSTAR MIXJECT (11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP, 3.75 MG RECON SUSP)	NIVEL 3	BvD

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTITIROIDEOS		
<i>methimazole (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>propylthiouracil tab 50 mg</i>	NIVEL 2	

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
BERINERT 500 UNIT KIT	NIVEL 3	PA, LA
CINRYZE 500 UNIT RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	NIVEL 3	PA, LA
<i>icatibant acetate inj 30 mg/3ml (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
RUCONEST 2100 UNIT RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
INTRON A (10000000 UNIT RECON SOLN, 10000000 UNIT/ML SOLUTION, 18000000 UNIT RECON SOLN, 50000000 UNIT RECON SOLN, 6000000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 3	LA
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS PROCLICK 180 MCG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
SYLATRON (200 MCG KIT, 300 MCG KIT, 600 MCG KIT)	NIVEL 3	LA
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM (10 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA, LA
FLEBOGAMMA DIF (0.5 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA (10 GM RECON SOLN, 5 GM RECON SOLN)	NIVEL 3	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GAMMAKED (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
GAMMAPLEX (10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA, LA
GAMMAPLEX 10 GM/200ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA, LA
PRIVIGEN (10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
VARIZIG 125 UNIT/1.2ML SOLUTION	NIVEL 3	
INMUNOLÓGICOS, OTROS		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
ILARIS 150 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
OTEZLA 10 & 20 & 30 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	NIVEL 3	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION, 90 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
XELJANZ (10 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, LA
INMUNOSUPRESORES		
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	NIVEL 2	BvD
<i>azathioprine tab 50 mg</i>	NIVEL 2	BvD
<i>cyclosporine (cap 100 mg, cap 25 mg, iv soln 50 mg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>cyclosporine modified (for microemulsion) (cap 100 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, oral soln 100 mg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	PA
<i>everolimus (immunosuppressant) (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 2	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA (10 MG/0.1ML PREF SY KT, 10 MG/0.2ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT, 20 MG/0.4ML PREF SY KT, 40 MG/0.4ML PREF SY KT, 40 MG/0.8ML PREF SY KT)	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START (40 MG/0.8ML PREF SY KT, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT, 80 MG/0.8ML PREF SY KT)	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEN (40 MG/0.4ML PEN KIT, 40 MG/0.8ML PEN KIT, 80 MG/0.8ML PEN KIT)	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER (40 MG/0.8ML PEN KIT, 80 MG/0.8ML PEN KIT)	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 80 MG/0.8ML PEN KIT	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 40 MG/0.8ML PEN KIT	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEN KIT	NIVEL 3	PA
<i>leflunomide (tab 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>methotrexate sodium (250 mg/10ml solution, for inj 1 gm, inj 50 mg/2ml (25 mg/ml), inj pf 1000 mg/40ml (25 mg/ml), inj pf 250 mg/10ml (25 mg/ml), inj pf 50 mg/2ml (25 mg/ml))</i>	NIVEL 2	BvD
<i>methotrexate sodium tab 2.5 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	
<i>mycophenolate mofetil (cap 250 mg, for oral susp 200 mg/ml, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>mycophenolate mofetil hcl for iv soln 500 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>mycophenolate sodium (tab dr 180 mg (mycophenolic acid equiv), tab dr 360 mg (mycophenolic acid equiv))</i>	NIVEL 2	BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	NIVEL 3	PA
REZUROCK 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	PA, QL (56 PER 365 OVER TIME)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	BvD
<i>sirolimus (oral soln 1 mg/ml, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>tacrolimus (cap 0.5 mg, cap 1 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	BvD
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VACUNAS		
ACTHIB RECON SOLN	NIVEL 3	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	NIVEL 3	
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	NIVEL 3	
BEXSERO SUSP PRSYR	NIVEL 3	
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	NIVEL 3	
DENG VAXIA RECON SUSP	NIVEL 3	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
ENGRIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	BvD
GARDASIL 9 (SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HAVRIX (1440 EL U/ML SUSPENSION, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 3	
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	NIVEL 3	
IPOL INJECTABLE	NIVEL 3	
IXIARO SUSPENSION	NIVEL 3	
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
M-M-R II RECON SOLN	NIVEL 3	
MENACTRA SOLUTION	NIVEL 3	
MENQUADFI SOLUTION	NIVEL 3	
MENVEO RECON SOLN	NIVEL 3	
PEDIARIX SUSP PRSYR	NIVEL 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENTACEL RECON SUSP	NIVEL 3	
PREHEVBRIIO 10 MCG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	BvD
PRIORIX RECON SUSP	NIVEL 3	
PROQUAD RECON SUSP	NIVEL 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECON SUSP	NIVEL 3	
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	BvD
ROTARIX RECON SUSP	NIVEL 3	
ROTATEQ SOLUTION	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (2 PER 365 OVER TIME)
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	NIVEL 3	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	NIVEL 3	
TRUMENBA SUSP PRSYR	NIVEL 3	
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	BvD
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML INJECTABLE	NIVEL 3	
YF-VAX INJECTABLE	NIVEL 3	
ZOSTAVAX 19400 UNT/0.65ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (1 PER 365 OVER TIME)

MIORRELAJANTES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MIORRELAJANTES		
<i>carisoprodol tab 350 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>methocarbamol (tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	NIVEL 2	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl ophth soln 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>cromolyn sodium ophth soln 4%</i>	NIVEL 2	
<i>olopatadine hcl (soln 0.1% (base equivalent), soln 0.2% (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 2	
<i>erythromycin ophth oint 5 mg/gm</i>	NIVEL 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate ophth soln 0.3%</i>	NIVEL 2	
LEVOFLOXACIN 1.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>levofloxacin ophth soln 0.5%</i>	NIVEL 2	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>moxifloxacin hcl ophth soln 0.5% (base equiv)</i>	NIVEL 2	
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>ofloxacin ophth soln 0.3%</i>	NIVEL 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	NIVEL 2	
<i>sulfacetamide sodium ophth soln 10%</i>	NIVEL 2	
<i>tobramycin ophth soln 0.3%</i>	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX 0.2 % SUSPENSION	NIVEL 3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium ophth soln 0.1%</i>	NIVEL 2	
<i>fluorometholone ophth susp 0.1%</i>	NIVEL 2	
<i>flurbiprofen sodium (0.03 % solution, ophth soln 0.03%)</i>	NIVEL 2	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	QL (1.7 PER 30 OVER TIME)
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (soln 0.4%, soln 0.5%)</i>	NIVEL 2	
<i>loteprednol etabonate ophth susp 0.5%</i>	NIVEL 2	
PREDNISOLONE ACETATE 1 % SUSPENSION	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
PROLENSA 0.07 % SOLUTION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS		
<i>bimatoprost ophth soln 0.03%</i>	NIVEL 2	ST, QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>latanoprost (0.005 % solution, ophth soln 0.005%)</i>	NIVEL 2	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>travoprost ophth soln 0.004% (benzalkonium free) (bak free)</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 30 OVER TIME)
OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>betaxolol hcl ophth soln 0.5%</i>	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>levobunolol hcl (0.5 % solution, ophth soln 0.5%)</i>	NIVEL 2	
METIPRANOLOL 0.3 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (ophth) (gel forming soln 0.25%, gel forming soln 0.5%, soln 0.25%, soln 0.5%)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS		
<i>acetazolamide cap er 12hr 500 mg</i>	NIVEL 2	
ALPHAGAN P 0.1 % SOLUTION	NIVEL 3	
<i>apraclonidine hcl ophth soln 0.5% (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
AZOPT 1 % SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate (soln 0.15%, soln 0.2%)</i>	NIVEL 2	
<i>brinzolamide ophth susp 1%</i>	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl ophth soln 2%</i>	NIVEL 2	
<i>methazolamide (tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % RECON SOLN	NIVEL 3	
<i>pilocarpine hcl (soln 1%, soln 2%, soln 4%)</i>	NIVEL 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
OFTÁLMICOS, OTROS		
ATROPINE SULFATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>atropine sulfate ophth soln 1%</i>	NIVEL 2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	NIVEL 2	
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	NIVEL 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol maleate ophth soln 0.2-0.5%</i>	NIVEL 2	
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL 22.3-6.8 MG/ML SOLUTION	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin-polymyx-dexameth (oint 0.1%, susp 0.1%)</i>	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	NIVEL 2	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glimepiride (tab 1 mg, tab 2 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide (tab 10 mg, tab 5 mg, tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 2.5 mg, tab er 24hr 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide-metformin hcl (tab 2.5-250 mg, tab 2.5-500 mg, tab 5-500 mg)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glyburide (tab 1.25 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	PA
<i>glyburide micronized (tab 1.5 mg, tab 3 mg, tab 6 mg)</i>	NIVEL 1	PA
<i>glyburide-metformin (tab 1.25-250 mg, tab 2.5-500 mg, tab 5-500 mg)</i>	NIVEL 1	PA
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (tab 1000 mg, tab 500 mg, tab 850 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 750 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>miglitol (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nateglinide (tab 120 mg, tab 60 mg)</i>	NIVEL 2	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) (2 MG/1.5ML SOLN PEN, 4 MG/3ML SOLN PEN)	NIVEL 3	QL (3 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (3 PER 28 OVER TIME)
<i>pioglitazone hcl (tab 15 mg (base equiv), tab 30 mg (base equiv), tab 45 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>repaglinide (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN PEN, 1.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 3 MG/0.5ML SOLN PEN, 4.5 MG/0.5ML SOLN PEN)	NIVEL 3	QL (2 PER 28 OVER TIME)
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide susp 50 mg/ml</i>	NIVEL 2	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glucagon (rdna) for inj kit 1 mg</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINAS		
HUMALOG (100 UNIT/ML SOLN CART, 100 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 OVER TIME)
LYUMJEV 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
LYUMJEV KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	
NOVOLIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
NOVOLIN 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
NOVOLIN N RELION 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
NOVOLIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
NOVOLIN R RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
AUBAGIO (14 MG TAB, 7 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
AVONEX 30 MCG KIT	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5ML AUT-IJ KIT	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
AVONEX PREFILLED 30 MCG/0.5ML PREF SY KT	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 3	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>dalfampridine tab er 12hr 10 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (capsule delayed release 120 mg, capsule delayed release 240 mg, capsule dr starter pack 120 mg & 240 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
EXTAVIA 0.3 MG KIT	NIVEL 3	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
GILENYA 0.5 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe 20 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
PLEGRIDY (125 MCG/0.5ML SOLN PEN, 125 MCG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, LA
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, LA
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
REBIF (22 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 44 MCG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5ML SOLN A-INJ, 44 MCG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 6X8.8 & 6X22 MCG SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA, QL (4.2 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REBIF TITRATION PACK 6X8.8 & 6X22 MCG SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (4.2 PER 28 OVER TIME)
TYSABRI 300 MG/15ML CONC	NIVEL 3	PA, LA
FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl (cap 20 mg (base eq), cap 60 mg (base eq))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl enteric coated pellets cap 30 mg (base eq)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (cap 100 mg, cap 150 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (cap 200 mg, cap 225 mg, cap 300 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin soln 20 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
SAVELLA (100 MG TAB, 12.5 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
SAVELLA TITRATION PACK 12.5 & 25 & 50 MG MISC	NIVEL 3	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine tab 50-325-40 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
FIRDAPSE 10 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
INGREZZA (60 MG CAP, 80 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
INGREZZA 40 & 80 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (28 PER 28 OVER TIME)
INGREZZA 40 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>riluzole tab 50 mg</i>	NIVEL 2	
<i>tetrabenazine tab 12.5 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine tab 25 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL

<i>amphetamine-dextroamphetamine (cap er 24hr 10 mg, cap er 24hr 15 mg, cap er 24hr 20 mg, cap er 24hr 25 mg, cap er 24hr 30 mg, cap er 24hr 5 mg, tab 30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (tab 10 mg, tab 15 mg, tab 5 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (cap er 24hr 10 mg, tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (cap er 24hr 15 mg, tab 15 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate cap er 24hr 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate tab 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL

<i>atomoxetine hcl (cap 10 mg (base equiv), cap 18 mg (base equiv), cap 25 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (cap 100 mg (base equiv), cap 60 mg (base equiv), cap 80 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atomoxetine hcl cap 40 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>clonidine hcl tab er 12hr 0.1 mg</i>	NIVEL 2	
<i>dexmethylphenidate hcl (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl (adhd) (tab er 24hr 1 mg (base equiv), tab er 24hr 2 mg (base equiv), tab er 24hr 3 mg (base equiv), tab er 24hr 4 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (tab 10 mg, tab er 10 mg)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (tab 20 mg, tab er 20 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS		
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP (70 % PAD, PAD)	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL WIPES 70 % MISC	NIVEL 2	
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML MISC	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 2	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 2	
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 2	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 2	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	NIVEL 2	
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 33G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE (X 5/16" 0.5 ML MISC, X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM MISC	NIVEL 2	
COMFORT TOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	NIVEL 2	
CVS ISOPROPYL ALCOHOL WIPES 70 % MISC	NIVEL 2	
DROPSAFE ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 6 MM MISC	NIVEL 2	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	NIVEL 2	
GAUZE PADS 2"X2" PAD	NIVEL 2	
GNP ISOPROPYL ALCOHOL WIPES 70 % MISC	NIVEL 2	
GNP STERILE GAUZE 2"X2" PAD	NIVEL 2	
GNP ULTICARE PEN NEEDLES (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 2	
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 33G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 1 ML MISC	NIVEL 2	
ISOPROPYL ALCOHOL 70 % MISC	NIVEL 2	
ISOPROPYL ALCOHOL WIPES 70 % MISC	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MEDPURA ALCOHOL PADS 70 % MISC	NIVEL 2	
<i>methylergonovine maleate tab 0.2 mg</i>	NIVEL 2	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	NIVEL 2	
<i>novotwist 32g x 5 mm misc</i>	NIVEL 2	
PENTIPS (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES (31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	NIVEL 2	
QC UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
RA ISOPROPYL ALCOHOL WIPES 70 % MISC	NIVEL 2	
RELION PEN NEEDLES (31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
RUZURGI 10 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 8 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 0.5 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	NIVEL 2	
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM MISC	NIVEL 2	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 33G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 2	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
UNIFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
UNIFINE PENTIPS (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	NIVEL 2	
ZEVRX INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC, X 5/16" 0.5 ML MISC, X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
ZEVRX PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD 70 % PAD	NIVEL 2	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan tab 125 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan tab 62.5 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate for suspension 10 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate tab 20 mg</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil tab 20 mg (pah)</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 3	LA, QL (270 PER 30 OVER TIME), BvD
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 3	LA, QL (90 PER 30 OVER TIME), BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl (0.1% (137 mcg/), 0.15% (205.5 mcg/))</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 25 OVER TIME)
<i>ciproheptadine hcl tab 4 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>hydroxyzine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>promethazine hcl (inj 25 mg/ml, inj 50 mg/ml, syrup 6.25 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	PA
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
<i>budesonide (inhalation) (susp 0.25 mg/2ml, susp 0.5 mg/2ml, susp 1 mg/2ml)</i>	NIVEL 2	BvD
FLOVENT DISKUS (100 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (240 PER 30 OVER TIME)
FLOVENT HFA (110 MCG/ACT AEROSOL, 220 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (24 PER 30 OVER TIME)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (22 PER 30 OVER TIME)
<i>flunisolide nasal soln 25 mcg/act (0.025%)</i>	NIVEL 2	ST, QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>fluticasone propionate nasal susp 50 mcg/act</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 30 OVER TIME)
PULMICORT FLEXHALER (180 MCG/ACT AER POW BA, 90 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	NIVEL 3	QL (21.2 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTILEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium (chew tab 4 mg (base equiv), chew tab 5 mg (base equiv), oral granules packet 4 mg (base equiv), tab 10 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (tab 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 3	QL (25.8 PER 30 OVER TIME)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ipratropium bromide inhal soln 0.02%</i>	NIVEL 2	BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03% (21 mcg/spray)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06% (42 mcg/spray)</i>	NIVEL 2	QL (45 PER 30 OVER TIME)
SPIRIVA HANDHALER 18 MCG CAP	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 OVER TIME)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol sulfate (soln nebu 0.083% (2.5 mg/3ml), soln nebu 0.5% (5 mg/ml), soln nebu 0.63 mg/3ml (base equiv), soln nebu 1.25 mg/3ml (base equiv))</i>	NIVEL 2	BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>albuterol sulfate (tab 2 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 2	
EPINEPHRINE (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>epinephrine (anaphylaxis) (solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml (1:2000), solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml (1:1000))</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (soln nebu 0.31 mg/3ml (base equiv), soln nebu 0.63 mg/3ml (base equiv), soln nebu 1.25 mg/3ml (base equiv), soln nebu conc 1.25 mg/0.5ml (base equiv))</i>	NIVEL 2	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 3	QL (4 PER 30 OVER TIME)
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
<i>cromolyn sodium soln nebu 20 mg/2ml</i>	NIVEL 2	BvD
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
ESBRIET 267 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (9 PER 1 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 2	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone tab 267 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone tab 801 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KALYDECO (150 MG TAB, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (150 PER 30 OVER TIME), BvD
SYMDEKO (100-150 & 150 MG TAB THPK, 50-75 & 75 MG TAB THPK)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TOBI PODHALER 28 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin nebu soln 300 mg/4ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin nebu soln 300 mg/5ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

DALIRESP 250 MCG TAB	NIVEL 3	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
DALIRESP 500 MCG TAB	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ELIXOPHYLLIN 80 MG/15ML ELIXIR	NIVEL 2	
<i>roflumilast tab 250 mcg</i>	NIVEL 2	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast tab 500 mcg</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline (elixir 80 mg/15ml, soln 80 mg/15ml, tab er 12hr 100 mg, tab er 12hr 200 mg, tab er 12hr 300 mg, tab er 12hr 450 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 600 mg)</i>	NIVEL 2	

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>acetylcysteine (soln 10%, soln 20%)</i>	NIVEL 2	BvD
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 PER 28 OVER TIME)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 3	QL (4 PER 30 OVER TIME)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>fluticasone-salmeterol (aer powder ba 100-50 mcg/act, aer powder ba 250-50 mcg/act, aer powder ba 500-50 mcg/act)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	NIVEL 2	BvD
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 30 OVER TIME)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, LA, QL (0.4 PER 28 OVER TIME)
<i>ribavirin for inhal soln 6 gm</i>	NIVEL 2	BvD
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)

TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
<i>*betaine powder for oral solution***</i>	NIVEL 2	
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	LA, BvD
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	NIVEL 3	LA, BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BYLVAY (PELLETS) 200 MCG CAP SPRINK	NIVEL 3	PA, LA, QL (30 PER 1 DAYS)
BYLVAY (PELLETS) 600 MCG CAP SPRINK	NIVEL 3	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
BYLVAY 1200 MCG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (5 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (15 PER 1 DAYS)
CERDELGA 84 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA
CHOLBAM 250 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
CHOLBAM 50 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
CREON (12000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000 UNIT CP DR PART, 6000 UNIT CP DR PART)	NIVEL 3	
<i>cromolyn sodium oral conc 100 mg/5ml</i>	NIVEL 2	
CYSTAGON (150 MG CAP, 50 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
FABRAZYME 35 MG RECON SOLN	NIVEL 3	LA, BvD
<i>miglustat cap 100 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	LA, BvD
<i>nitisinone (cap 10 mg, cap 2 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA
NITYR (10 MG TAB, 2 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA
PROCYSBI (25 MG CAP DR, 300 MG PACKET, 75 MG CAP DR, 75 MG PACKET)	NIVEL 3	PA, LA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	NIVEL 3	LA, BvD
RAVICTI 1.1 GM/ML LIQUID	NIVEL 3	PA, LA, QL (525 PER 30 OVER TIME)
<i>sapropterin dihydrochloride (powder packet 100 mg, powder packet 500 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>sapropterin dihydrochloride tab 100 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>sodium phenylbutyrate (oral powder 3 gm/teaspoonful, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	PA
STRENSIQ (18 MG/0.45ML SOLUTION, 28 MG/0.7ML SOLUTION, 40 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA, LA
STRENSIQ 80 MG/0.8ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (38.4 PER 28 OVER TIME)
VYNDAQEL 20 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 3000-14000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART)	NIVEL 3	

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DORMIR, MEDICAMENTOS PARA		
<i>estazolam (tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eszopiclone (tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
HETLIOZ 20 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon tab 8 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam cap 15 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam cap 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam tab 0.125 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam tab 0.25 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon cap 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon cap 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
EUGEROICOS		
<i>modafinil tab 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
XYREM 500 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (540 PER 30 OVER TIME)

ÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ÓTICOS		
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	NIVEL 2	
COLY-MYCIN S 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMOTIC 0.01 % OIL	NIVEL 3	
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln 1-2%</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic) (soln 1%, susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%)</i>	NIVEL 2	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
<i>aspirin ((300 mg suppos, 600 mg suppos, chew tab 81 mg, tab 325 mg, tab delayed release 325 mg, tab delayed release 81 mg), 300 mg suppos, 600 mg suppos, chew tab 81 mg, tab 325 mg, tab delayed release 325 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>aspirin buffered (ca carb-mg carb-mg ox) tab 325 mg</i>	NIVEL 4	NPD
BAYER PLUS 500 MG TAB	NIVEL 4	NPD
<i>ibuprofen ((cap 200 mg, chew tab 100 mg, susp 40 mg/ml, tab 100 mg, tab 200 mg), cap 200 mg, chew tab 100 mg, susp 40 mg/ml, tab 100 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
ANTITABACO, MEDICAMENTOS		
<i>nicotine ((patch 24hr 14 mg/24hr, patch 24hr 21 mg/24hr, patch 24hr 7 mg/24hr), td patch 24hr 14 mg/24hr, td patch 24hr 21 mg/24hr)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>nicotine polacrilex ((gum 2 mg, gum 4 mg, lozenge 2 mg, lozenge 4 mg), gum 2 mg, gum 4 mg, lozenge 2 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
<i>bacitracin oint 500 unit/gm</i>	NIVEL 4	NPD
<i>bacitracin zinc oint 500 unit/gm</i>	NIVEL 4	NPD
<i>bacitracin-polymyxin b oint</i>	NIVEL 4	NPD
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin oint</i>	NIVEL 4	NPD
<i>neomycin-polymyxin w/ pramoxine cream 1%</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
<i>meclizine hcl chew tab 25 mg</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIFÚNGICOS		
<i>clotrimazole vaginal cream 1%</i>	NIVEL 4	NPD
<i>miconazole nitrate vaginal ((cream 2%, suppos 100 mg), cream 2%)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>tioconazole vaginal oint 6.5%</i>	NIVEL 4	NPD
<i>tolnaftate cream 1%</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>pyrantel pamoate susp 144 mg/ml (50 mg/ml base equiv)</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIHERPÉTICOS		
<i>docosanol cream 10%</i>	NIVEL 4	NPD
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
<i>niacin ((cap er 250 mg, cap er 500 mg, tab 100 mg, tab 250 mg, tab 50 mg, tab 500 mg, tab er 250 mg, tab er 500 mg, tab er 750 mg), cap er 250 mg, cap er 500 mg, tab 100 mg, tab 250 mg, tab 50 mg, tab 500 mg, tab er 250 mg, tab er 500 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
NIACIN ER 1000 MG TAB ER	NIVEL 4	NPD
<i>niacinamide tab 500 mg</i>	NIVEL 4	NPD
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
CALAMINE LOTION	NIVEL 4	NPD
<i>hydrocortisone (topical) ((cream 0.5%, cream 1%, oint 0.5%), cream 0.5%, cream 1%)</i>	NIVEL 4	NPD
MONISTAT SOOTHING CARE ITCH 1% CREAM	NIVEL 4	NPD
<i>selenium sulfide lotion 1%</i>	NIVEL 4	NPD
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
<i>benzoyl peroxide ((cream 10%, gel 10%, liq 10%), cream 10%, gel 10%)</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALAMINE LOTION	NIVEL 4	NPD
CALAMINE-ZINC OXIDE 8-8 % SUSPENSION	NIVEL 4	NPD
EQ CALAMINE 8-8 % SUSPENSION	NIVEL 4	NPD
GOODSENSE CALAMINE 8-8 % SUSPENSION	NIVEL 4	NPD
RA CALAMINE 8-8 % SUSPENSION	NIVEL 4	NPD
RA DAYLOGIC ACNE FOAMING WASH 10 % FOAM	NIVEL 4	NPD
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
NIX COMPLETE LICE TREATMENT 1 & 0.25 % KIT	NIVEL 4	NPD
<i>permethrin ((creme rinse 1%, lotion 1%), creme rinse 1%)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>pyreth-piperonyl butox sham-permeth aero-nit remover gel kit</i>	NIVEL 4	NPD
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide ((liq 0.33-4%, shampoo 0.33-4%), liq 0.33-4%)</i>	NIVEL 4	NPD
RID 0.33-4 % LIQUID	NIVEL 4	NPD
RID COMPLETE LICE ELIMINATION KIT	NIVEL 4	NPD
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
<i>ferrous sulfate ((tab 27 mg (elemental fe), tab 325 mg (65 mg elemental fe)), tab 27 mg (elemental fe))</i>	NIVEL 4	NPD
<i>oral electrolyte solution</i>	NIVEL 4	NPD
VITAMINAS		
<i>ascorbic acid ((tab 1000 mg, tab 250 mg), tab 1000 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
B-12 5000 MCG TAB DISP	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
B-12 DOTS 500 MCG TAB DISP	NIVEL 4	NPD
CALCI-CHEW 1250 (500 CA) MG CHEW TAB	NIVEL 4	NPD
<i>calcium ascorbate tab 500 mg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>calcium carbonate ((1250 (500 ca) mg chew tab, tab 1250 mg (500 mg elemental ca), tab 1500 mg (600 mg elemental ca), tab 600 mg), 1250 (500 ca) mg chew tab, tab 1250 mg (500 mg elemental ca), tab 1500 mg (600 mg elemental ca))</i>	NIVEL 4	NPD
<i>calcium carbonate-cholecalciferol ((carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-15 mcg (600 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-3.125 mcg (125 unit), tab 500 mg-200 unit, tab 500 mg-400 unit, tab 500 mg-5 mcg(200 unit), tab 500 mg-600 unit), carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-15 mcg (600 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-3.125 mcg (125 unit), tab 500 mg-200 unit, tab 500 mg-400 unit, tab 500 mg-5 mcg(200 unit))</i>	NIVEL 4	NPD
<i>calcium carbonate-ergocalciferol tab 500 mg-5 mcg (200 unit)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>calcium carbonate-vitamin d ((tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit), tab 500 mg-3.125 mcg (125 unit), tab 500 mg-5 mcg (200 unit)), tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit), tab 500 mg-3.125 mcg (125 unit))</i>	NIVEL 4	NPD
CALCIUM GLUCONATE ((50 MG TAB, 500 MG TAB), 50 MG TAB)	NIVEL 4	NPD
<i>calcium tab 600 mg</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALCIUM/C/D 500-10-250 MG-MG-UNIT CHEW TAB	NIVEL 4	NPD
CHEWABLE CALCIUM/D3 500-15 MG-MCG WAFER	NIVEL 4	NPD
<i>ferrous sulfate ((220 (44 fe) mg/5ml liquid, elixir 220 mg/5ml (44 mg/5ml fe), soln 75 mg/ml (15 mg/ml fe), syrup 300 mg/5ml (60 mg/5ml fe), tab ec 325 mg (65 mg fe equivalent)), 220 (44 fe) mg/5ml liquid, elixir 220 mg/5ml (44 mg/5ml fe), soln 75 mg/ml (15 mg/ml fe), syrup 300 mg/5ml (60 mg/5ml fe))</i>	NIVEL 4	NPD
<i>ferrous sulfate dried tab 200 mg (65 mg elemental fe)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>folic acid ((cap 0.8 mg, tab 1 mg, tab 400 mcg, tab 800 mcg), cap 0.8 mg, tab 1 mg, tab 400 mcg)</i>	NIVEL 4	NPD
MAG-G 500 (27 MG) MG TAB	NIVEL 4	NPD
<i>magnesium gluconate tab 500 mg (27 mg elemental mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>methycobalamin orally disintegrating tab 5000 mcg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>omega-3 fatty acids cap 1000 mg</i>	NIVEL 4	NPD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 + D 500-3.125 MG-MCG TAB	NIVEL 4	NPD
<i>oyster shell calcium tab 500 mg</i>	NIVEL 4	NPD
OYSTER SHELL CALCIUM/D 500-5 MG-MCG TAB	NIVEL 4	NPD
PRE-NATAL FORMULA TAB	NIVEL 4	NPD
PRENATAL (W/IRON & FA) 27-0.8 MG TAB	NIVEL 4	NPD
PRENATAL FORTE TAB	NIVEL 4	NPD
PRENATAL VITAMIN WITH IRON TAB 27-0.8 MG	NIVEL 4	NPD
PRENATAL VITAMIN WITH IRON TAB 28-0.8 MG	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRENATAL/IRON TAB	NIVEL 4	NPD
<i>pyridoxine hcl ((tab 100 mg, tab 50 mg), tab 100 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
RA OYSTER SHELL CALCIUM/D2 500-5 MG-MCG TAB	NIVEL 4	NPD
<i>riboflavin ((tab 100 mg, tab 50 mg), tab 100 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>thiamine hcl tab 100 mg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>thiamine mononitrate tab 100 mg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>vitamin a cap 3 mg (10000 unit)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>vitamin e ((cap 180 mg (400 unit), cap 268 mg (400 unit), cap 400 unit), cap 180 mg (400 unit), cap 268 mg (400 unit))</i>	NIVEL 4	NPD
VITAMIN K 100 MCG TAB	NIVEL 4	NPD
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>ergocalciferol ((cap 1.25 mg (50000 unit), soln 200 mcg/ml (8000 unit/ml)), cap 1.25 mg (50000 unit))</i>	NIVEL 4	NPD
VITAMIN D2 10 MCG (400 UNIT) TAB	NIVEL 4	NPD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
<i>famotidine tab 10 mg</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIDIARREICOS		
ANTI-DIARRHEAL 1 MG/5ML LIQUID	NIVEL 4	NPD
<i>loperamide hcl ((liq 1 mg/5ml (0.2 mg/ml), liq 1 mg/7.5ml, tab 2 mg), liq 1 mg/5ml (0.2 mg/ml), liq 1 mg/7.5ml)</i>	NIVEL 4	NPD
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
<i>bisacodyl ((suppos 10 mg, tab delayed release 5 mg), suppos 10 mg)</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>docusate sodium ((cap 100 mg, cap 250 mg, liquid 150 mg/15ml), cap 100 mg, cap 250 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>glycerin (laxative) ((suppos 1 gm, suppos 1.2 gm, suppos 2 gm, suppos 2.1 gm, suppos 80.7%), suppos 1 gm, suppos 1.2 gm, suppos 2 gm, suppos 2.1 gm)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>magnesium citrate soln</i>	NIVEL 4	NPD
<i>polyethylene glycol 3350 ((oral packet 17 gm, oral powder 17 gm/scoop), oral packet 17 gm)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>sennosides tab 8.6 mg</i>	NIVEL 4	NPD
GASTROINTESTINALES, OTROS		
ALLI 60 MG CAP	NIVEL 4	PA, NPD
<i>alum & mag hydrox-simethicone ((mag hydroxide-simethicone susp 200-200-20 mg/5ml, mag hydroxide-simethicone susp 400-400-40 mg/5ml), mag hydroxide-simethicone susp 200-200-20 mg/5ml)</i>	NIVEL 4	NPD
ALUMINUM HYDROXIDE GEL 320 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	NPD
<i>aluminum hydroxide-magnesium carbonate chew tab 160-105 mg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>aluminum hydroxide-magnesium trisilicate chew tab 80-20 mg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>bismuth subsalicylate ((chew tab 262 mg, susp 525 mg/15ml, tab 262 mg), chew tab 262 mg, susp 525 mg/15ml)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>calcium carbonate (antacid) ((chew tab 500 mg, chew tab 750 mg), chew tab 500 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
CALCIUM CARBONATE ANTACID 648 MG TAB	NIVEL 4	NPD
<i>simethicone ((cap 125 mg, chew tab 80 mg, susp 40 mg/0.6ml), cap 125 mg, chew tab 80 mg)</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SM FOAMING ANTACID 80-20 MG CHEW TAB	NIVEL 4	NPD
<i>sodium bicarbonate tab 325 mg</i>	NIVEL 4	NPD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>omeprazole delayed release tab 20 mg</i>	NIVEL 4	NPD
GENITOURINARIOS, OTROS		
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE 3 % GEL	NIVEL 4	NPD
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE ((12.5 % FOAM, 4 % GEL), 12.5 % FOAM)	NIVEL 4	NPD
HEMOSTÁTICOS		
<i>phytonadione tab 100 mcg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 7 OVER TIME), NPD
PROGESTINAS		
<i>levonorgestrel tab 1.5 mg</i>	NIVEL 4	NPD
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>ketotifen fumarate ophth soln 0.025% (base equiv)</i>	NIVEL 4	NPD
OFTÁLMICOS, OTROS		
<i>eye wash</i>	NIVEL 4	NPD
MURO 128 2 % SOLUTION	NIVEL 4	NPD
<i>naphazoline w/ pheniramine ophth soln 0.027-0.315%</i>	NIVEL 4	NPD
<i>polyvinyl alcohol ophth soln 1.4%</i>	NIVEL 4	NPD
<i>sodium chloride hypertonic ophth soln 5%</i>	NIVEL 4	NPD
GLUCÉMICOS		
GLUCOSE CHEW TAB 4 GM	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLUCOSE-VITAMIN C CHEW TAB 4-6 GM-MG	NIVEL 4	NPD
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
<i>acetaminophen</i> ((<i>tab 325 mg, tab 500 mg</i>), <i>tab 325 mg</i>)	NIVEL 4	NPD
<i>phentermine hcl</i> ((<i>cap 15 mg, cap 30 mg</i>), <i>cap 15 mg</i>)	NIVEL 4	PA, NPD
QSYMIA ((11.25-69 MG CAP ER 24H, 15-92 MG CAP ER 24H, 3.75-23 MG CAP ER 24H, 7.5-46 MG CAP ER 24H), 11.25-69 MG CAP ER 24H, 15-92 MG CAP ER 24H, 3.75-23 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	PA, NPD
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS		
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER MV MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROVENT PLUS DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AIRIAL CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHE EASE LARGE DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHE EASE MEDIUM DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHE EASE SMALL DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE COLL SPACER ADULT MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE COLL SPACER CHILD MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE COLL SPACER INFANT MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE RIGID SPACER/MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE SPACER NEONATE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE SPACER SMALL CHILD MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE/LARGE MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE/MEDIUM MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE/SMALL MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
CONDOMS LATEX LUBRICATED	NIVEL 4	NPD
<i>cromolyn sodium nasal aerosol soln 5.2 mg/act (4%)</i>	NIVEL 4	NPD
EASIVENT MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EASIVENT MASK LARGE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EASIVENT MASK MEDIUM MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EASIVENT MASK SMALL MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
FLEXICHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
INSPIRACHAMBER/LARGE DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
INSPIRACHAMBER/MEDIUM DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSPIRACHAMBER/SMALL DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
INSPIREASE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
LITEAIRE DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
MICROCHAMBER ((DEVICE, MISC), DEVICE)	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
MICROSPACER MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER DIAMOND ((DEVICE, MISC), DEVICE)	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTIHALER ((DEVICE, MISC), DEVICE)	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
POCKET CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
POCKET SPACER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRO COMFORT SPACER ADULT MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
PRO COMFORT SPACER CHILD MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
PRO COMFORT SPACER INFANT DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
PROCARE SPACER/ADULT MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
PROCARE SPACER/CHILD MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
RITEFLO DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
<i>saline nasal spray 0.65%</i>	NIVEL 4	NPD
SAXENDA 18 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 4	PA, NPD
VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
WATCHHALER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>cetirizine hcl ((tab 10 mg, tab 5 mg), tab 10 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>chlorpheniramine maleate syrup 2 mg/5ml</i>	NIVEL 4	NPD
<i>diphenhydramine hcl ((cap 25 mg, elixir 12.5 mg/5ml, liquid 12.5 mg/5ml, tab 25 mg), cap 25 mg, elixir 12.5 mg/5ml, liquid 12.5 mg/5ml)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>fexofenadine hcl ((tab 180 mg, tab 60 mg), tab 180 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>loratadine ((rapidly-disintegrating tab 10 mg, tab 10 mg), rapidly-disintegrating tab 10 mg)</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
NASACORT ALLERGY 24HR 55 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 4	NPD
NASACORT ALLERGY 24HR CHILDREN 55 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 4	NPD
<i>triamcinolone acetonide nasal aerosol suspension 55 mcg/act</i>	NIVEL 4	NPD
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
NASAL DECONGESTANT ((30 MG/5ML LIQUID, 30 MG/5ML SYRUP), 30 MG/5ML LIQUID)	NIVEL 4	NPD
<i>pseudoephedrine hcl ((tab 30 mg, tab 60 mg), tab 30 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
<i>benzonatate ((cap 100 mg, cap 200 mg), cap 100 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>guaifenesin liquid 100 mg/5ml</i>	NIVEL 4	NPD
<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i>	NIVEL 4	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, NPD
HYCODAN 5-1.5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, NPD
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	NIVEL 4	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, NPD
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	NIVEL 4	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, NPD
<i>promethazine-dm ((6.25-15 mg/5ml solution, syrup 6.25-15 mg/5ml), 6.25-15 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	PA, NPD
<i>promethazine-phenylephrine-codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	NIVEL 4	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, NPD
<i>triprolidine & pseudoephedrine tab 2.5-60 mg</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ÓTICOS		
<i>carbamide peroxide 6.5% otic soln</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Índice de medicamentos cubiertos

A

abacavir sulfate.....	69	AEROVENT PLUS.....	148
abacavir sulfate-lamivudine.....	69	AIMOVIG.....	46
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine.....	69	AIMOVIG (140 MG DOSE).....	46
ABELCET.....	43	AIRIAL CHAMBER.....	148
ABILIFY MAINTENA.....	61	albendazole.....	57
abiraterone acetate.....	47	albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair).....	131
acamprosate calcium.....	25	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair).....	131
acarbose.....	116	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil).....	131
acebutolol hcl.....	73	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin).....	131
acetaminophen.....	147	albuterol sulfate.....	131,132
acetaminophen w/ codeine.....	20	alclometasone dipropionate.....	83,102
acetazolamide.....	75,115	ALCOHOL 70% PADS.....	124
acetic acid (otic).....	26	ALCOHOL PREP.....	124
acetylcysteine.....	133	ALCOHOL PREP PADS.....	124
acitretin.....	82	ALCOHOL WIPES.....	124
ACTHAR.....	102	ALDURAZYME.....	134
ACTHIB.....	110	ALECENSA.....	51
ACTIMMUNE.....	106	alendronate sodium.....	90
acyclovir.....	66	alfuzosin hcl.....	94
acyclovir sodium.....	66	ALINIA.....	57
acyclovir topical.....	82	aliskiren fumarate.....	75
ADACEL.....	110	ALLI.....	145
adapalene.....	82	allopurinol.....	44
adefovir dipivoxil.....	65	alosetron hcl.....	91
ADEMPAS.....	129	ALPHAGAN P.....	115
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS.....	124	alprazolam.....	23
AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	147	ALREX.....	113
AEROCHAMBER MV.....	147	alum & mag hydrox-simethicone.....	145
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU.....	147	ALUMINUM HYDROXIDE GEL.....	145
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE.....	147	aluminum hydroxide-mag carb.....	145
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM.....	147	aluminum hydroxide-mag trisil.....	145
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL.....	147	ALUNBRIG.....	51
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK.....	147	amantadine hcl.....	59
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.....	147	AMBISOME.....	43
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL.....	147	ambrisentan.....	129
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS.....	147	amikacin sulfate.....	26
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR.....	147	amiloride & hydrochlorothiazide.....	75
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE.....	148	amiloride hcl.....	80
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM.....	148	amino acid electrolyte infusion.....	86
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL.....	148		

amino acid infusion.....	86	ARISTADA INITIO.....	62
AMINOSYN.....	86	ascorbic acid.....	141
AMINOSYN II.....	86	asenapine maleate.....	62
AMINOSYN-HBC.....	86	aspirin.....	139
AMINOSYN-PF.....	86	aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide).....	139
AMINOSYN-RF.....	86	aspirin-dipyridamole.....	97
AMINOSYN/ELECTROLYTES.....	86	atazanavir sulfate.....	67
amiodarone hcl.....	72	atenolol.....	73
AMITIZA.....	92	atenolol & chlorthalidone.....	76
amitriptyline hcl.....	40	atomoxetine hcl.....	123,124
amlodipine besylate.....	74	atorvastatin calcium.....	78
amlodipine besylate-benazepril hcl.....	75	atovaquone.....	57
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil.....	76	atovaquone-proguanil hcl.....	57
amlodipine besylate-valsartan.....	76	ATROPINE SULFATE.....	115
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide.....	76	atropine sulfate (ophthalmic).....	115
AMOXAPINE.....	40	ATROVENT HFA.....	131
AMOXICILLIN.....	30	AUBAGIO.....	121
amoxicillin & pot clavulanate.....	30	AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE.....	124
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	30	AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE.....	124
amphetamine-dextroamphetamine.....	123	AURYXIA.....	85
AMPHOTERICIN B.....	43	AUSTEDO.....	122
amphotericin b liposome.....	43	AUVELITY.....	38
AMPICILLIN.....	30	AVONEX.....	121
ampicillin & sulbactam sodium.....	30	AVONEX PEN.....	121
ampicillin sodium.....	30	AVONEX PREFILLED.....	121
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM.....	30	AYVAKIT.....	49
ANADROL-50.....	99	azathioprine.....	108
anagrelide hcl.....	96	AZATHIOPRINE SODIUM.....	108
anastrozole.....	51	azelastine hcl.....	130
ANDRODERM.....	98	azelastine hcl (ophth).....	113
ANORO ELLIPTA.....	133	azithromycin.....	31
ANTI-DIARRHEAL.....	144	AZOPT.....	115
apomorphine hydrochloride.....	59	aztreonam.....	26
apraclonidine hcl.....	115		
aprepitant.....	42	B	
APRETUDE.....	66	B-12.....	141
APTIOM.....	36	B-12 DOTS.....	142
APTIVUS.....	67	BACITRACIN.....	113
ARALAST NP.....	134	bacitracin (topical).....	139
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	96	bacitracin zinc.....	139
ARCALYST.....	107	bacitracin-poly-neomycin-hc.....	115
aripiprazole.....	61,62	bacitracin-polymyxin b (ophth).....	115
ARISTADA.....	62	bacitracin-polymyxin b oint.....	139
		baclofen.....	42

balsalazide disodium.....	89	BIKTARVY.....	66
BALVERSA.....	51	bimatoprost.....	114
BAQSIMI ONE PACK.....	118	BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	125
BAQSIMI TWO PACK.....	118	bisacodyl.....	144
BARACLUDE.....	65	bismuth subsalicylate.....	145
BAYER PLUS.....	139	bisoprolol & hydrochlorothiazide.....	76
BCG VACCINE.....	110	bisoprolol fumarate.....	73
BD ECLIPSE SYRINGE.....	124	BIVIGAM.....	106
BD INSULIN SYRINGE.....	125	BOOSTRIX.....	110
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		bosentan.....	129
MISC.....	125	BOSULIF.....	52
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN.....	125	BRAFTOVI.....	52
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		BREATHE EASE LARGE.....	148
MISC.....	125	BREATHE EASE MEDIUM.....	148
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		BREATHE EASE SMALL.....	148
MISC.....	125	BREATHERITE.....	148
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BREATHERITE COLL SPACER ADULT.....	148
MISC.....	125	BREATHERITE COLL SPACER CHILD.....	148
benazepril & hydrochlorothiazide.....	76	BREATHERITE COLL SPACER INFANT.....	148
benazepril hcl.....	80	BREATHERITE RIGID SPACER/MASK.....	148
BENLYSTA.....	107	BREATHERITE SPACER NEONATE.....	148
BENZNIDAZOLE.....	58	BREATHERITE SPACER SMALL CHILD.....	148
benzonatate.....	152	BREATHERITE/LARGE MASK.....	148
benzoyl peroxide.....	140	BREATHERITE/MEDIUM MASK.....	148
benztropine mesylate.....	59	BREATHERITE/SMALL MASK.....	148
BERINERT.....	105	BRILINTA.....	97
BESIVANCE.....	32	brimonidine tartrate.....	115
BESREMI.....	49	brimonidine tartrate-timolol maleate.....	115
betaine.....	134	brinzolamide.....	115
betamethasone dipropionate		BRIVIACT.....	33
(topical).....	83,102	bromocriptine mesylate.....	59
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG.	83	BRUKINSA.....	49
betamethasone dipropionate		budesonide.....	89,90
augmented.....	83,102	budesonide (inhalation).....	130
betamethasone valerate.....	83	bumetanide.....	80
BETASERON.....	121	buprenorphine hcl.....	25
betaxolol hcl.....	73	buprenorphine hcl-naloxone hcl	
betaxolol hcl (ophth).....	114	dihydrate.....	25
bethanechol chloride.....	94	bupropion hcl.....	38
BEVESPI AEROSPHERE.....	134	bupropion hcl (smoking deterrent).....	24
bexarotene.....	57	buspirone hcl.....	23
bexarotene (topical).....	57	butalbital-acetaminophen-cafeine.....	122
BEXSERO.....	110	butalbital-acetaminophen-cafeine w/	
bicalutamide.....	47	codeine.....	20
BICILLIN L-A.....	30	BYLVAY.....	135

BYLVAY (PELLETS).....135

C

CABENUVA.....70

cabergoline.....104

CABLIVI.....97

CABOMETYX.....52

CALAMINE LOTION.....140,141

CALAMINE-ZINC OXIDE.....141

CALCI-CHEW.....142

calcipotriene.....84

calcitonin (salmon).....90

calcitriol.....90

calcium.....142

calcium acetate (phosphate binder).....86

calcium ascorbate.....142

calcium carbonate.....142

calcium carbonate (antacid).....145

CALCIUM CARBONATE ANTACID.....145

calcium carbonate-cholecalciferol.....142

calcium carbonate-ergocalciferol.....142

calcium carbonate-vitamin d.....142

CALCIUM GLUCONATE.....142

CALCIUM/C/D.....143

CALQUENCE.....52

candesartan cilexetil.....72

candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide.....76

CAPASTAT SULFATE.....46

CAPLYTA.....62

CAPRELSA.....52

captopril.....81

CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....76

carbamazepine.....36

carbamide peroxide (otic).....153

carbidopa.....59

CARBIDOPA-LEVODOPA.....60

carbidopa-levodopa-entacapone.....59

CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS.....125

CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....125

CARETOUCH PEN NEEDLES.....125

carglumic acid.....86

carisoprodol.....112

CARTEOLOL HCL.....114

carvedilol.....73

caspofungin acetate.....43

CAYSTON.....132

cefaclor.....28

cefadroxil.....28

cefazolin sodium.....29

cefdinir.....29

cefepime hcl.....29

cefixime.....29

cefotaxime sodium.....29

cefotetan disodium.....29

cefoxitin sodium.....29

cefpodoxime proxetil.....29

cefprozil.....29

ceftazidime.....29

ceftriaxone sodium.....29

cefuroxime axetil.....29

cefuroxime sodium.....29

celecoxib.....22

CELONTIN.....37

cephalexin.....29

CERDELGA.....135

CEREZYME.....135

cetirizine hcl.....151

CHEWABLE CALCIUM/D3.....143

chlordiazepoxide hcl.....24

chlorhexidine gluconate (mouth-throat).....71

chloroquine phosphate.....58

chlorothiazide.....80

chlorpheniramine maleate.....151

chlorpromazine hcl.....60

chlorthalidone.....80

CHOLBAM.....135

cholestyramine.....79

cholestyramine light.....79

choline fenofibrate.....78

ciclopirox.....82

ciclopirox olamine.....43

cilostazol.....97

CILOXAN.....32

CIMDUO.....69

cimetidine.....91

cimetidine hcl.....91

cinacalcet hcl.....90

CINRYZE.....105

ciprofloxacin.....32

ciprofloxacin hcl.....32

DEPO-ESTRADIOL.....	99	dimethyl fumarate.....	121
DEPO-PROVERA.....	101	diphenhydramine hcl.....	151
DERMOTIC.....	138	diphenoxylate w/ atropine.....	91
DESCOVY.....	69	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	91
desipramine hcl.....	41	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	110
desmopressin acetate.....	97	dipyridamole.....	97
desmopressin acetate spray.....	97	disopyramide phosphate.....	72
desmopressin acetate spray refrigerated.....	98	disulfiram.....	25
desogestrel & ethinyl estradiol.....	99	divalproex sodium.....	34
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic).....	99	docosanol.....	140
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic).....	99	docusate sodium.....	145
desonide.....	83	dofetilide.....	72
desoximetasone.....	83	donepezil hydrochloride.....	38
desvenlafaxine succinate.....	39	dorzolamide hcl.....	115
dexamethasone.....	102	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL.....	115
dexamethasone sodium phosphate.....	102	dorzolamide hcl-timolol maleate.....	115
DEXAMETHASONE SODIUM		DOVATO.....	66
PHOSPHATE.....	113	doxazosin mesylate.....	73
dexmethylphenidate hcl.....	124	doxepin hcl.....	41
dextroamphetamine sulfate.....	123	doxercalciferol.....	90
dextrose.....	88	doxycycline (monohydrate).....	33
dextrose in lactated ringers.....	88	doxycycline hyclate.....	33
dextrose w/ sodium chloride.....	88	DRIZALMA SPRINKLE.....	122
DEXTROSE-NACL.....	88	dronabinol.....	42
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE.....	88	DROPSAFE ALCOHOL PREP.....	125
DIACOMIT.....	33	DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES.....	125
diazepam.....	24	drospirenone-ethinyl estradiol.....	99
DIAZEPAM.....	35	DROXIA.....	48
diazoxide.....	118	droxidopa.....	71,72
diclofenac potassium.....	22	duloxetine hcl.....	122
diclofenac sodium.....	22	dutasteride.....	94
diclofenac sodium (actinic keratoses).....	84		
diclofenac sodium (ophth).....	114	E	
diclofenac sodium (topical).....	22	E.E.S. 400.....	32
dicloxacin sodium.....	31	EASIVENT.....	149
dicyclomine hcl.....	92	EASIVENT MASK LARGE.....	149
DIDANOSINE.....	69	EASIVENT MASK MEDIUM.....	149
diflunisal.....	22	EASIVENT MASK SMALL.....	149
digoxin.....	76	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	126
dihydroergotamine mesylate.....	45	EASY TOUCH PEN NEEDLES.....	126
DILANTIN.....	36	econazole nitrate.....	43
DILANTIN INFATABS.....	36	EDURANT.....	68
diltiazem hcl.....	75	efavirenz.....	68
diltiazem hcl coated beads.....	75	efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil	
diltiazem hcl extended release beads.....	75	fumarate.....	68

efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate.....	68	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	32
EGRIFTA.....	98	erythromycin (acne aid).....	82
EGRIFTA SV.....	98	erythromycin (ophth).....	113
ELIQUIS.....	94	erythromycin base.....	32
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	94	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE.....	32
ELIXOPHYLLIN.....	133	erythromycin lactobionate.....	32
EMCYT.....	48	ESBRIET.....	132
EMSAM.....	39	escitalopram oxalate.....	39
emtricitabine.....	69	estazolam.....	136
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate.....	69	estradiol.....	99
EMTRIVA.....	69	estradiol vaginal.....	99
enalapril maleate.....	81	ESTRING.....	99
enalapril maleate & hydrochlorothiazide.....	76	eszopiclone.....	137
ENBREL.....	108	ethambutol hcl.....	46
ENBREL SURECLICK.....	108	ethosuximide.....	37
ENGERIX-B.....	110	ethynodiol diacet & eth estrad.....	99
enoxaparin sodium.....	95	ETIDRONATE DISODIUM.....	90
entacapone.....	59	etodolac.....	22
entecavir.....	65	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	100
ENTRESTO.....	76	etravirine.....	68
ENVARUSUS XR.....	108	everolimus.....	52,53
EPCLUSA.....	65	everolimus (immunosuppressant).....	108
EPIDIOLEX.....	34	EVOTAZ.....	67
EPINEPHRINE.....	132	exemestane.....	51
epinephrine (anaphylaxis).....	132	EXKIVITY.....	49
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK).....	132	EXTAVIA.....	121
EPIVIR HBV.....	65	eye wash.....	146
eplerenone.....	80	ezetimibe.....	79
EPRONTIA.....	34	ezetimibe-simvastatin.....	79
EPROSARTAN MESYLATE.....	72		
EQ CALAMINE.....	141	F	
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC.....	149	FABRAZYME.....	135
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L.....	149	famciclovir.....	66
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M.....	149	famotidine.....	91,144
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S.....	149	FANAPT.....	62
ergocalciferol.....	144	FANAPT TITRATION PACK.....	62
ERGOLOID MESYLATES.....	37	FARXIGA.....	116
ERIVEDGE.....	52	FARYDAK.....	53
ERLEADA.....	47	felbamate.....	34
erlotinib hcl.....	52	felodipine.....	74
ertapenem sodium.....	31	fenofibrate.....	78
ERY.....	82	fenofibrate micronized.....	78
		fentanyl.....	21
		fentanyl citrate.....	20
		FERRIPROX.....	85

ferrous sulfate	141,143	fosinopril sodium	81
ferrous sulfate dried	143	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide	77
FETZIMA	39	FOTIVDA	49
FETZIMA TITRATION	39	FREAMINE III	87
fexofenadine hcl	151	fulvestrant	48
finasteride	94	furosemide	80
FINTEPLA	34	FUZEON	70
FIRDAPSE	122	FYCOMPA	34
FIRMAGON	104		
FIRMAGON (240 MG DOSE)	104	G	
FLEBOGAMMA DIF	106	gabapentin	35
flecainide acetate	72	GAMMAGARD	106
FLEXICHAMBER	149	GAMMAGARD S/D LESS IGA	106
FLOVENT DISKUS	130	GAMMAKED	107
FLOVENT HFA	130	GAMMAPLEX	107
fluconazole	43	GAMUNEX-C	107
fluconazole in nacl	43	GARDASIL 9	110
flucytosine	43	GATTEX	92
fludrocortisone acetate	102	GAUZE PADS	126
flunisolide (nasal)	130	gauze pads 2"x2"	126
fluocinolone acetonide	83	GAVILYTE-C	92
fluocinonide	83	GAVRETO	53
fluocinonide emulsified base	83	gemfibrozil	78
fluorometholone (ophth)	114	GENTAK	113
FLUOROURACIL	84	gentamicin sulfate	26
fluorouracil (topical)	84	gentamicin sulfate (ophth)	113
fluoxetine hcl	39	gentamicin sulfate (topical)	26
FLUOXETINE HCL	39	GENVOYA	66
FLUOXETINE HCL (PMDD)	39	GILENYA	121
fluphenazine decanoate	60	GILOTRIF	53
fluphenazine hcl	60	glatiramer acetate	121
flurbiprofen	22	GLEOSTINE	47
flurbiprofen sodium	114	glimepiride	116
flutamide	48	glipizide	116
fluticasone propionate	83	glipizide-metformin hcl	116
fluticasone propionate (nasal)	130	GLUCAGEN HYPOKIT	118
FLUTICASONE-SALMETEROL	134	glucagon (rdna)	119
fluticasone-salmeterol	134	GLUCAGON EMERGENCY	119
fluvastatin sodium	78	GLUCOSE CHEW TAB 4 GM	146
fluvoxamine maleate	39	GLUCOSE-VITAMIN C CHEW TAB 4-6 GM-	
folic acid	143	MG	147
fondaparinux sodium	95	glyburide	117
FORTEO	90	glyburide micronized	117
fosamprenavir calcium	67	glyburide-metformin	117
fosfomycin tromethamine	27	glycerin (laxative)	145

glycopyrrolate.....	92	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START ..	109
GLYXAMBI.....	117	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER...	109
GNP ISOPROPYL ALCOHOL WIPES.....	126	HUMULIN 70/30.....	119
GNP STERILE GAUZE.....	126	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	119
GNP ULTICARE PEN NEEDLES.....	126	HUMULIN N.....	119
GNP ULTIGUARD SAFEPAK NEEDLE...	126	HUMULIN N KWIKPEN.....	119
GOODSENSE CALAMINE.....	141	HUMULIN R.....	119
granisetron hcl.....	42	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)...	119
griseofulvin microsize.....	43	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	119
griseofulvin ultramicrosize.....	43	HYCODAN.....	152
guaifenesin.....	152	hydralazine hcl.....	81
guaifenesin-codeine.....	152	hydrochlorothiazide.....	80
guanfacine hcl.....	72	hydrocodone bitartrate-homatropine	
guanfacine hcl (adhd).....	124	methylbromide.....	152
GUANIDINE HCL.....	46	hydrocodone-acetaminophen.....	20
		hydrocortisone.....	90
H		hydrocortisone (intrarectal).....	90
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES.....	126	hydrocortisone (rectal).....	84
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP...	126	hydrocortisone (topical).....	84,140
HAEGARDA.....	105	hydrocortisone butyrate.....	84,102
halobetasol propionate.....	83	hydrocortisone valerate.....	84,102
haloperidol.....	60	hydrocortisone w/acetic acid.....	138
haloperidol decanoate.....	61	hydromorphone hcl.....	20
haloperidol lactate.....	61	HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE.....	58
HARVONI.....	66	hydroxychloroquine sulfate.....	58
HAVRIX.....	111	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE.	101
HEMADY.....	102	hydroxyurea.....	49
heparin sodium (porcine).....	95	hydroxyzine hcl.....	130
HEPATAMINE.....	87		
HETLIOZ.....	137	I	
HIBERIX.....	111	ibandronate sodium.....	90
HIZENTRA.....	107	IBRANCE.....	53
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES.....	126	ibuprofen.....	22,139
HUMALOG.....	119	icatibant acetate.....	105
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	119	ICLUSIG.....	53
HUMALOG KWIKPEN.....	119	icosapent ethyl.....	79
HUMALOG MIX 50/50.....	119	IDHIFA.....	49
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	119	ILARIS.....	107
HUMALOG MIX 75/25.....	119	ILEVRO.....	114
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	119	imatinib mesylate.....	53
HUMIRA.....	109	IMBRUVICA.....	53
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START ...	109	imipenem-cilastatin.....	31
HUMIRA PEN.....	109	imipramine hcl.....	41
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER.....	109	imiquimod.....	84
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START.....	109	IMOVAX RABIES.....	111

INCRELEX.....	98	isotretinoin.....	82
INCRUSE ELLIPTA.....	131	itraconazole.....	43
indapamide.....	80	ivermectin.....	57
indomethacin.....	22	IXIARO.....	111
INFANRIX.....	111		
INGREZZA.....	122	J	
INLYTA.....	53	JAKAFI.....	53
INQOVI.....	49	JANUMET.....	117
INREBIC.....	49	JANUMET XR.....	117
INSPIRACHAMBER/LARGE.....	149	JANUVIA.....	117
INSPIRACHAMBER/MEDIUM.....	149	JARDIANCE.....	117
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE.....	149	JENTADUETO.....	117
INSPIRACHAMBER/SMALL.....	150	JENTADUETO XR.....	117
INSPIREASE.....	150	JULUCA.....	67
INSULIN LISPRO.....	120	JUXTAPID.....	79
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	119		
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	120	K	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	120	KALYDECO.....	133
INSULIN PEN NEEDLES.....	126	KCL IN DEXTROSE-NACL.....	87
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	126	KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	88
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	126	KEPIVANCE.....	71
INSULIN SYRINGE 1 ML.....	126	ketoconazole.....	43
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	126	ketoconazole (topical).....	43
INTELENCE.....	68	ketorolac tromethamine (ophth).....	114
INTRALIPID.....	87	ketotifen fumarate (ophth).....	146
INTRON A.....	106	KINRIX.....	111
INVEGA HAFYERA.....	62	KISQALI (200 MG DOSE).....	53
INVEGA SUSTENNA.....	62	KISQALI (400 MG DOSE).....	53
INVEGA TRINZA.....	62,63	KISQALI (600 MG DOSE).....	53
INVIRASE.....	67	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	49
IPOL.....	111	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	49
ipratropium bromide.....	131	KISQALI FEMARA(200 MG DOSE).....	49
ipratropium bromide (nasal).....	131	KORLYM.....	102
ipratropium-albuterol.....	134	KOSELUGO.....	49
irbesartan.....	72	KRYSTEXXA.....	44
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	77		
IRESSA.....	53	L	
ISENTRESS.....	66	labetalol hcl.....	73
ISENTRESS HD.....	67	lacosamide.....	36
isoniazid.....	46	lactated ringer's.....	88
ISOPROPYL ALCOHOL.....	126	lactated ringer's (irrigation).....	88
ISOPROPYL ALCOHOL WIPES.....	126	LACTATED RINGERS.....	88
isosorbide dinitrate.....	81	lactic acid (ammonium lactate).....	84
ISOSORBIDE DINITRATE ER.....	81	lactulose.....	92
isosorbide mononitrate.....	81	lactulose (encephalopathy).....	92

lamivudine.....	69	lidocaine-prilocaine.....	23
lamivudine (hbv).....	65	LINDANE.....	85
lamivudine-zidovudine.....	69	linezolid.....	27
lamotrigine.....	34	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	27
LANREOTIDE ACETATE.....	104	LINZESS.....	92
lansoprazole.....	93	liothyronine sodium.....	103
LANTUS.....	120	lisinopril.....	81
LANTUS SOLOSTAR.....	120	lisinopril & hydrochlorothiazide.....	77
lapatinib ditosylate.....	54	LITEAIRE.....	150
latanoprost.....	114	LITHIUM.....	71
LATUDA.....	63	lithium carbonate.....	71
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	66	LONSURF.....	49,50
leflunomide.....	109	loperamide hcl.....	92,144
lenalidomide.....	48	lopinavir-ritonavir.....	67
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	54	loratadine.....	151
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	54	lorazepam.....	24
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	54	LORBRENA.....	54
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	54	losartan potassium.....	72
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	54	losartan potassium & hydrochlorothiazide.....	77
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	54	loteprednol etabonate.....	114
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	54	lovastatin.....	78
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	54	loxapine succinate.....	61
letrozole.....	51	LUBIPROSTONE.....	92
leucovorin calcium.....	49	LUMAKRAS.....	50
LEUKERAN.....	47	LUMIGAN.....	114
leuprolide acetate.....	104	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	104
levalbuterol hcl.....	132	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	104
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	132	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	104
levetiracetam.....	34	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	104
levobunolol hcl.....	114	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	104
levocarnitine (metabolic modifiers).....	88	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	104
levocetirizine dihydrochloride.....	130	LYBALVI.....	38
levofloxacin.....	32	LYNPARZA.....	54
LEVOFLOXACIN.....	113	LYSODREN.....	50
levofloxacin (ophth).....	113	LYUMJEV.....	120
levofloxacin in d5w.....	32	LYUMJEV KWIKPEN.....	120
levonorgestrel & eth estradiol.....	100		
levonorgestrel (emergency oc).....	146		
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic).....	100		
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day).....	100		
levothyroxine sodium.....	103		
LEXIVA.....	67		
lidocaine.....	23		
lidocaine hcl.....	23		
lidocaine hcl (mouth-throat).....	23		

M

M-M-R II.....	111
MAG-G.....	143
magnesium citrate.....	145
magnesium gluconate.....	143
malathion.....	85
MAPROTILINE HCL.....	38
maraviroc.....	70

OFEV	132
ofloxacin	32
ofloxacin (ophth)	113
ofloxacin (otic)	138
olanzapine	63
olmesartan medoxomil	72
olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide	77
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide	77
olopatadine hcl	113
omega-3 fatty acids cap 1000 mg	143
omega-3-acid ethyl esters	79
omeprazole	93,146
ondansetron	42
ondansetron hcl	42
ONUREG	50
OPSUMIT	129
OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK	150
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK	150
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK	150
OPTICHAMBER DIAMOND	150
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK	150
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	150
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	150
OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE	150
OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM	150
OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL	150
OPTIHALER	150
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE	146
oral electrolyte solution	141
ORBACTIV	28
ORGOVYX	104
oseltamivir phosphate	65
OSPHENA	101
OTEZLA	84,107
oxandrolone	99
OXBRYTA	97
oxcarbazepine	36
oxybutynin chloride	94
oxycodone hcl	21
oxycodone w/ acetaminophen	21
oyster shell	143
OYSTER SHELL CALCIUM 500 + D	143

OYSTER SHELL CALCIUM/D	143
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	117
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	117
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	118

P

paliperidone	63
PANRETIN	57
pantoprazole sodium	93
paricalcitol	91
paromomycin sulfate	26
paroxetine hcl	40
PASER	46
PEDIARIX	111
PEDVAX HIB	111
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate	93
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride	92
PEGANONE	37
PEGASYS	106
PEGASYS PROCLICK	106
PEMAZYRE	54
penicillamine	94
penicillin g potassium	31
PENICILLIN G SODIUM	31
penicillin v potassium	31
PENTACEL	111
pentamidine isethionate	58
PENTIPS	127
pentoxifylline	77
perindopril erbumine	81
permethrin	85,141
perphenazine	41
PERSERIS	63
PFIZERPEN	31
phenelzine sulfate	39
phenobarbital	35
phentermine hcl	147
PHENYTEK	37
phenytoin	37
phenytoin sodium extended	37
PHOSPHOLINE IODIDE	115
phytonadione	146
PIFELTRO	69

pilocarpine hcl.....	115	PREHEVBRIO.....	111
pilocarpine hcl (oral).....	71	PREMARIN.....	101
PIMOZIDE.....	61	PREMASOL.....	88
pindolol.....	74	PREMPHASE.....	101
pioglitazone hcl.....	118	PREMPRO.....	101
piperacillin sodium-tazobactam sodium..	31	PRENATAL (W/IRON & FA).....	143
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	54	PRENATAL FORTE.....	143
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	55	PRENATAL PLUS.....	89
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	55	PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL....	89
PIRFENIDONE.....	132	PRENATAL VITAMIN WITH IRON TAB 27- 0.8 MG.....	143
pirfenidone.....	132	PRENATAL VITAMIN WITH IRON TAB 28- 0.8 MG.....	143
piroxicam.....	23	prenatal vitamins.....	89
PLEGRIDY.....	121	PRENATAL/IRON.....	144
PLEGRIDY STARTER PACK.....	121	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES....	127
POCKET CHAMBER.....	150	PREVYMIS.....	64
POCKET SPACER.....	150	PREZCOBIX.....	67
podofilox.....	85	PREZISTA.....	67,68
polyethylene glycol 3350.....	145	PRIFTIN.....	47
polymyxin b-trimethoprim.....	113	primaquine phosphate.....	58
polyvinyl alcohol.....	146	primidone.....	36
POMALYST.....	48	PRIORIX.....	111
posaconazole.....	44	PRIVIGEN.....	107
potassium chloride.....	87	PRO COMFORT SPACER ADULT.....	151
POTASSIUM CHLORIDE ER.....	87	PRO COMFORT SPACER CHILD.....	151
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE....	89	PRO COMFORT SPACER INFANT.....	151
potassium chloride in dextrose & sodium chloride.....	87	probenecid.....	44
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL.....	87	PROCARE SPACER/ADULT MASK.....	151
potassium chloride microencapsulated crystals er.....	87	PROCARE SPACER/CHILD MASK.....	151
potassium citrate (alkalinizer).....	88	prochlorperazine.....	41
PRADAXA.....	95	prochlorperazine maleate.....	41
pramipexole dihydrochloride.....	59	PROCYSBI.....	135
prasugrel hcl.....	97	progesterone.....	101
pravastatin sodium.....	78	PROGRAF.....	110
praziquantel.....	57	PROLASTIN-C.....	136
prazosin hcl.....	73	PROLENSA.....	114
PRE-NATAL FORMULA.....	143	PROLIA.....	91
prednisolone.....	103	PROMACTA.....	96
PREDNISOLONE ACETATE.....	114	promethazine hcl.....	41,130
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	103,114	promethazine w/codeine.....	152
prednisone.....	103	promethazine-dm.....	152
PREDNISONE INTENSOL.....	103	promethazine-phenylephrine-codeine..	152
pregabalin.....	122	propafenone hcl.....	73
		propranolol hcl.....	74

PROPRANOLOL-HCTZ.....	77	REBIF TITRATION PACK.....	122
propylthiouracil.....	105	RECOMBIVAX HB.....	111
PROQUAD.....	111	RECTIV.....	82
protriptyline hcl.....	41	REGRANEX.....	85
pseudoephedrine hcl.....	152	RELENZA DISKHALER.....	65
PULMICORT FLEXHALER.....	130	RELION PEN NEEDLES.....	127
PULMOZYME.....	133	RELISTOR.....	92
PURIXAN.....	49	repaglinide.....	118
pyrantel pamoate.....	140	REPATHA.....	79
pyrazinamide.....	47	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	80
pyrethrins-piperonyl butoxide.....	141	REPATHA SURECLICK.....	80
pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin- nit remover.....	141	RESCRIPTOR.....	69
pyridostigmine bromide.....	46	RESTASIS.....	116
pyridoxine hcl.....	144	RESTASIS MULTIDOSE.....	116
pyrimethamine.....	58	RETACRIT.....	96
Q		RETEVMO.....	50
QC UNIFINE PENTIPS.....	127	REVLIMID.....	48
QINLOCK.....	50	REXULTI.....	63
QSYMIA.....	147	REYATAZ.....	68
QUADRACEL.....	111	REZUROCK.....	110
quetiapine fumarate.....	63	RHOPRESSA.....	115
quinapril hcl.....	81	ribavirin.....	134
quinapril-hydrochlorothiazide.....	77	ribavirin (hepatitis c).....	66
quinidine sulfate.....	73	riboflavin.....	144
quinine sulfate.....	58	RID.....	141
QVAR REDIHALER.....	130	RID COMPLETE LICE ELIMINATION.....	141
R		rifabutin.....	46
RA CALAMINE.....	141	rifampin.....	47
RA DAYLOGIC ACNE FOAMING WASH.....	141	RIFATER.....	47
RA ISOPROPYL ALCOHOL WIPES.....	127	riluzole.....	123
RA OYSTER SHELL CALCIUM/D2.....	144	RIMANTADINE HCL.....	65
RABAVERT.....	111	ringer's.....	89
rabeprazole sodium.....	93	ringer's irrigation.....	89
raloxifene hcl.....	101	RINVOQ.....	110
ramelteon.....	137	risedronate sodium.....	91
ramipril.....	81	RISPERDAL CONSTA.....	63
ranolazine.....	77	risperidone.....	64
rasagiline mesylate.....	59	RITEFLO.....	151
RAVICTI.....	136	ritonavir.....	68
REBIF.....	121	rivastigmine.....	38
REBIF REBIDOSE.....	121	rivastigmine tartrate.....	38
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK.....	121	rizatriptan benzoate.....	45
		ROCKLATAN.....	116
		roflumilast.....	133
		ropinirole hydrochloride.....	59

rosuvastatin calcium	78
ROTARIX	111
ROTATEQ	111
ROZLYTREK	50
RUBRACA	55
RUCONEST	105
rufinamide	37
RUKOBIA	70
RUZURGI	127
RYBELSUS	118
RYDAPT	55

S

saline	151
SANDIMMUNE	110
SANDOSTATIN LAR DEPOT	104
SANTYL	85
sapropterin dihydrochloride	136
SAVELLA	122
SAVELLA TITRATION PACK	122
SAXENDA	151
SCSEMBLIX	55
scopolamine	42
SECUADO	64
selegiline hcl	59
selenium sulfide	84,140
SELZENTRY	70
sennosides	145
SEREVENT DISKUS	132
SEROSTIM	98
sertraline hcl	40
sevelamer carbonate	86
SHINGRIX	112
SIGNIFOR	104
sildenafil citrate (pulmonary hypertension)	129
silodosin	94
silver sulfadiazine	85
simethicone	145
simvastatin	78
sirolimus	110
SIRTURO	47
SKYRIZI	85,93,108
SKYRIZI (150 MG DOSE)	108
SKYRIZI PEN	108

SM FOAMING ANTACID	146
SMOFLIPID	89
sodium bicarbonate (antacid)	146
sodium chloride	88
sodium chloride hypertonic	146
sodium fluoride	89
sodium phenylbutyrate	136
sodium polystyrene sulfonate	86
sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate	92
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	66
solifenacin succinate	94
SOLTAMOX	48
SOMATULINE DEPOT	105
SOMAVERT	105
sorafenib tosylate	55
sotalol hcl	73
sotalol hcl (afib/afl)	73
SPIRIVA HANDIHALER	131
SPIRIVA RESPIMAT	131
spironolactone	80
spironolactone & hydrochlorothiazide	77
SPRITAM	34
SPRYCEL	55
SPS	86
stavudine	69
STELARA	85,108
STIVARGA	55
STRENSIQ	136
STREPTOMYCIN SULFATE	26
STRIBILD	67
STRIVERDI RESPIMAT	132
sucalfate	93
sulfacetamide sod-prednisolone	116
SULFACETAMIDE SODIUM	113
sulfacetamide sodium (acne)	32
sulfacetamide sodium (ophth)	113
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	116
sulfadiazine	33
sulfamethoxazole-trimethoprim	33
SULFAMYLON	83
sulfasalazine	89
sulindac	23
sumatriptan	45
sumatriptan succinate	45

SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	45	terconazole vaginal.....	44
sunitinib malate.....	55	testosterone.....	98
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	92	testosterone cypionate.....	98
SYLATRON.....	106	testosterone enanthate.....	98
SYMDEKO.....	133	tetrabenazine.....	123
SYMPAZAN.....	36	tetracycline hcl.....	33
SYMTUZA.....	68	THALOMID.....	48
SYNAREL.....	105	theophylline.....	133
SYNERCID.....	28	thiamine hcl.....	144
SYNJARDY.....	118	thiamine mononitrate.....	144
SYNJARDY XR.....	118	THIOLA EC.....	94
SYNRIBO.....	50	thioridazine hcl.....	61
SYNTHAMIN 17.....	88	thiotepa.....	47
SYNTHROID.....	103	thiothixene.....	61
T		tiagabine hcl.....	36
TABLOID.....	49	TIBSOVO.....	56
TABRECTA.....	50	TICOVAC.....	112
tacrolimus.....	110	tigecycline.....	28
tacrolimus (topical).....	84	timolol maleate.....	46
tadalafil (pulmonary hypertension).....	129	timolol maleate (ophth).....	114
TAFINLAR.....	55	tioconazole vaginal.....	140
TAGRISSO.....	55	TIVICAY.....	67
TALTZ.....	108	TIVICAY PD.....	67
TALZENNA.....	55	tizanidine hcl.....	42
tamoxifen citrate.....	48	TOBI PODHALER.....	133
tamsulosin hcl.....	94	tobramycin.....	133
TASIGNA.....	55	tobramycin (ophth).....	113
TAVALISSE.....	97	tobramycin sulfate.....	26
tazarotene.....	82	tobramycin-dexamethasone.....	116
TAZICEF.....	29	TOLAK.....	85
TAZORAC.....	82	tolnaftate.....	140
TAZVERIK.....	50	tolterodine tartrate.....	94
TDVAX.....	112	topiramate.....	34
TEFLARO.....	30	toremifene citrate.....	48
TEKTURN HCT.....	77	toremide.....	80
telmisartan.....	72	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	120
telmisartan-hydrochlorothiazide.....	77	TOUJEO SOLOSTAR.....	120
temazepam.....	137	TPN ELECTROLYTES.....	89
TEMIXYS.....	70	TRACLEER.....	129
TENIVAC.....	112	TRADJENTA.....	118
tenofovir disoproxil fumarate.....	70	tramadol hcl.....	21
TEPMETKO.....	56	tramadol-acetaminophen.....	21
terazosin hcl.....	73	trandolapril.....	81
terbinafine hcl.....	44	tranexamic acid.....	97
		tranylcypromine sulfate.....	39

TRAVASOL.....	88
travoprost.....	114
trazodone hcl.....	40
TRECATOR.....	47
TRELEGY ELLIPTA.....	134
TRELSTAR MIXJECT.....	105
tretinoin.....	82
tretinoin (chemotherapy).....	57
triamcinolone acetonide (mouth).....	71
triamcinolone acetonide (nasal).....	152
triamcinolone acetonide (topical).....	84
triamterene & hydrochlorothiazide.....	78
triazolam.....	137
trientine hcl.....	85
trifluoperazine hcl.....	61
TRIFLURIDINE.....	66
trihexyphenidyl hcl.....	59
TRIKAFTA.....	133
trimethoprim.....	28
trimipramine maleate.....	41
TRINTELLIX.....	40
triprolidine & pseudoephedrine.....	152
TRIUMEQ.....	70
TRIUMEQ PD.....	70
TRIZIVIR.....	70
TROPHAMINE.....	88
tropium chloride.....	94
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	127
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP.....	127
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR.....	127
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	127
TRULICITY.....	118
TRUMENBA.....	112
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	56
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	56
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	56
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	56
TUKYSA.....	56
TURALIO.....	56
TWINRIX.....	112
TYBOST.....	70
TYMLOS.....	91
TYPHIM VI.....	112
TYSABRI.....	122

U

UBRELVY.....	45
UKONIQ.....	56
ULTICARE MINI PEN NEEDLES.....	128
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES.....	128
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....	128
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE.....	128
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES.....	128
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT.....	128
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	128
UNIFINE PEN NEEDLES.....	128
UNIFINE PENTIPS.....	128
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	128
ursodiol.....	93

V

valacyclovir hcl.....	66
VALCHLOR.....	47
valganciclovir hcl.....	64
valproate sodium.....	34
valproic acid.....	35
valsartan.....	72
valsartan-hydrochlorothiazide.....	78
VALTOCO 10 MG DOSE.....	36
VALTOCO 15 MG DOSE.....	36
VALTOCO 20 MG DOSE.....	36
VALTOCO 5 MG DOSE.....	36
VALVED HOLDING CHAMBER.....	151
vancomycin hcl.....	28
VANDAZOLE.....	28
VAQTA.....	112
VARENICLINE TARTRATE.....	25
VARIVAX.....	112
VARIZIG.....	107
VASCEPA.....	80
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE.....	146
VELIVET.....	101
VELTASSA.....	86
VEMLIDY.....	65
VENCLEXTA.....	56
VENCLEXTA STARTING PACK.....	56
venlafaxine hcl.....	40
VENTAVIS.....	129
verapamil hcl.....	75

VERAPAMIL HCL ER.....	75	XIGDUO XR.....	118
VERSACLOZ.....	61	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	65
VERZENIO.....	56	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	65
VICTOZA.....	118	XOLAIR.....	108
VIDEX.....	70	XOSPATA.....	57
VIDEX EC.....	70	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	50
vigabatrin.....	36	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	50
VIIIBRYD STARTER PACK.....	40	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	50
vilazodone hcl.....	40	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	50,51
VIRACEPT.....	68	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	51
VIREAD.....	70	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	51
vitamin a.....	144	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	51
VITAMIN D2.....	144	XTANDI.....	48
vitamin e.....	144	XYREM.....	137
VITAMIN K.....	144		
VITRAKVI.....	56	Y	
VIZIMPRO.....	56	YF-VAX.....	112
VONJO.....	51		
voriconazole.....	44	Z	
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER.....	151	zafirlukast.....	131
VOSEVI.....	66	zaleplon.....	137
VOTRIENT.....	56	ZARXIO.....	96
VRAYLAR.....	64	ZEJULA.....	57
VYNDAMAX.....	78	ZELBORAF.....	57
VYNDAQEL.....	136	ZENPEP.....	136
		ZEVRX INSULIN SYRINGE.....	129
W		ZEVRX PEN NEEDLES.....	129
warfarin sodium.....	95	ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD.....	129
WATCHHALER.....	151	zidovudine.....	70
water for irrigation, sterile.....	129	ziprasidone hcl.....	64
WELIREG.....	50	ziprasidone mesylate.....	64
		ZIRGAN.....	65
X		zoledronic acid.....	91
XALKORI.....	56	ZOLINZA.....	51
XARELTO.....	95	zolmitriptan.....	45
XARELTO STARTER PACK.....	95	zolpidem tartrate.....	137
XATMEP.....	110	ZONISADE.....	37
XCOPRI.....	35	zonisamide.....	37
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	35	ZONTIVITY.....	95
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	35	ZOSTAVAX.....	112
XELJANZ.....	108	ZTALMY.....	35
XELJANZ XR.....	110	ZUBSOLV.....	25
XERMELO.....	92	ZYDELIG.....	57
XGEVA.....	91	ZYKADIA.....	57
XIFAXAN.....	28	ZYPREXA RELPREVV.....	64

Medicamentos agrupados por problema de salud

ANALGÉSICOS.....	20
ANESTÉSICOS.....	23
ANSIOLÍTICOS.....	23
ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL.....	24
ANTIBACTERIANOS.....	26
ANTICONVULSIVOS.....	33
ANTIDEMENCIALES.....	37
ANTIDEPRESIVOS.....	38
ANTIEMÉTICOS.....	41
ANTIESPÁSTICOS.....	42
ANTIFÚNGICOS.....	43
ANTIGOTOSOS.....	44
ANTIJAQUECOSOS.....	45
ANTIMIASTÉNICOS.....	46
ANTIMICOBACTERIANOS.....	46
ANTINEOPLÁSICOS.....	47
ANTIPARASITARIOS.....	57
ANTIPARKINSONIANOS.....	59
ANTIPSICÓTICOS.....	60
ANTIVÍRICOS.....	64
BIPOLARES.....	71
BUCODENTALES.....	71
CARDIOVASCULARES.....	71
DERMATOLÓGICOS.....	82
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS.....	85
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA.....	89
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA.....	90
GASTROINTESTINALES.....	91
GENITOURINARIOS.....	93
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES.....	94
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS).....	97
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES).....	98
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES).....	102
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS).....	103
HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS).....	104
HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS).....	105
INMUNOLÓGICOS.....	105

MIORRELAJANTES	112
Non-Part D Drugs	139
OFTÁLMICOS	113
REGULADORES DE LA GLUCEMIA	116
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL	121
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS	124
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL	129
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	134
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS	136
ÓTICOS	137

La discriminación es contraria a la ley

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata a las personas de modo diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, condición de salud, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad mental o discapacidad física.

Blue Shield of California Promise Health Plan proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California Promise Health Plan.

Si considera que Blue Shield of California Promise Health Plan no ha proporcionado esos servicios o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, condición de salud, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad mental o discapacidad física, usted puede presentar una queja ante:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Teléfono: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Fax: (323) 889-2228
Correo electrónico: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Puede presentar la queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está a disposición para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, (TTY: 800-537-7697)
Portal de quejas: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Language Assistance Notice

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

中文 (Chinese):

请注意：如果您说中文，可以免费获得语言协助服务。请拨打 1-855-905-3825（听障和语障专线：711），每周七天办公，早上 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。

한국어(Korean):

주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

Русский (Russian):

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

भाषा (Hindi):

ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। फ़ोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फ़ोन करना फ़्री है।

Lus Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

Español (Spanish):

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Tiếng Việt (Vietnamese):

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Tagalog (Tagalog):

PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

العربية (Arabic):

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

ພາສາລາວ (Laotian):

ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

日本語 (Japanese):

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-905-3825 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前 8 時から午後 8 時まで受け付けています。通話は無料です。

ภาษาไทย (Thai):

เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):

ਸਾਵਧਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ | 711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਸ਼ਾਮ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ੍ਰੀ ਹੈ |

ខ្មែរ (Khmer):

ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ជ្រាពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

Հայերեն (Armenian):

Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվելի են անվճար լեզվական օգնություն ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY` 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Українська (Ukrainian):

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.

Mienh (Mien):

TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lungh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungh muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

Este formulario fue actualizado el **11/22/2022** . Si desea información más actualizada o tiene otras preguntas, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, o visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.